

”KAIKEN TAKANA ON ASIAKAS”

**ASIAKASTYYTYVÄISYYSKYSELY IISALMEN KOTIHOIDON YLI
65- VUOTIAILLE ASIAKKAILLE**

**Jenni Rönkkö
Laura Suoaro**

Opinnäytetyö

Ammattikorkeakoulututkinto



Koulutusala Sosiaali-, terveys ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijät Jenni Rönkkö ja Laura Suoaro	
Työn nimi Iisalmen kotihoidon yli 65-vuotiaiden asiakastyytyväisyyskysely	
Päiväys 29.11.2010	Sivumäärä/Liitteet 61/3
Ohjaajat Susanne Hämäläinen ja Merja Jokelainen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani YLä- Savon SOTE Kuntayhtymä, Sosiaalipalvelukeskus, Iisalmen kotihoito	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tässä opinnäytetyössä tutkimme Iisalmen yli 65-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden tyytyväisyyttä saamiinsa kotihoidon palveluihin. Tarkoituksena oli saada kattava käsitys Iisalmen kotihoidon asiakkaiden tyytyväisyydestä ja perehtyä asiakaslähtöiseen kotihoitoon.</p> <p>Saavuttaaksemme tavoitteemme teimme asiakastyytyväisyystutkimuksen, jossa tutkimme Iisalmen kotihoidon asiakkaiden mielipiteitä kaupunkinsa kotihoitoon. Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsittelemme kotihoidon osa-alueita valtakunnallisesti sekä syvennymme Iisalmen kotihoitoon.</p> <p>Tutkimusmetodina käytimme kvantitatiivista kyselytutkimusta. Kyselylomake lähetettiin 61 kotihoidon asiakkaalle ja kyselyyn osallistui 41 kotihoidon asiakasta. Asiakkaat olivat säännöllisen kotihoidon piirissä olevia asiakkaita. Kysymykset olivat pääsääntöisesti strukturoituja vaihtoehtokysymyksiä, jotka mittasivat asiakkaiden mielipiteitä kotihoidon toteutumisesta ja tyytyväisyyttä kotihoitoon. Aineisto käsiteltiin SPSS-ohjelmalla ja tulokset esitetään prosentteina sekä kuvioilla.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että Iisalmelaiset ovat pääsääntöisesti tyytyväisiä kaupunkinsa kotihoidon järjestämiseen ja kokevat kotihoidon palvelut hyväksi. Tutkimuksen pohjalta saimme kotihoidon yleisarvosanan keskiarvoksi 8,5. Tutkimuksessa asiakkaat eivät nostaneet esille suuria kehittämisalueita. Tuloksien mukaan Iisalmen kotihoito on pystynyt vastaamaan kotihoidon asiakkaiden tarpeisiin hyvin.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kotihoidon kehittämisessä. Jatkotutkimusaiheeksi nousi omaisten ja työntekijöiden mielipiteet kotihoidon järjestämisestä. Jatkotutkimusaiheeksi esitämme myös työntekijöiden työssä jaksamisen ja työhyvinvoinnin. Mielestämme säännöllisesti asiakkaiden mielipiteitä kysymällä saadaan varmistettua asiakaslähtöinen kotihoito.</p>	
Avainsanat kotihoito, asiakastyytyväisyys, palvelu	

SAVONIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
THESIS

Abstract

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Authors Jenni Rönkkö and Laura Suoaro			
Title of Thesis Customer satisfaction survey of over 65 year-old home care clients in lisalmi			
Date	29.11.2010	Pages/Appendices	61/3
Supervisors Susanne Hämäläinen and Merja Jokelainen			
Project/Partners Ylä-Savon SOTE/ Upper Savo Federation of Municipalities in Social and Health Care, Social services center, lisalmi home care			
<p>Abstract</p> <p>The customer satisfaction among over 65-year-old customers with the home care services in lisalmi was explored in this thesis. The main aim of the study was to get a comprehensive overview of customer satisfaction. Another aim was to become familiar with customer-oriented home care.</p> <p>To reach the aims a customer satisfaction survey was carried out in which the opinions of home care patients in lisalmi on home care services were studied. In the theoretical part of this thesis we dealt with different parts areas of home care nation widely and focused on home care in lisalmi.</p> <p>The used method was quantitative in which customers were asked about their experiences on home care services. The questionnaire was sent to 61 home care customers and 41 customers responded to the questionnaire. The customers were those getting regular home care. The questions mainly consisted of structured multiple choice questions which measured the opinions of customers on the realization of home care and their satisfaction with home care. The answers were analyzed by the SPSS program and results were displayed with percentages and figures.</p> <p>According to the results customers in lisalmi are mainly satisfied with the arrangements of home care in their home town. Customers also considered received home care services good. The average grade of home care was 8.5 in the sight of this survey. Customers did not arise any that demand developing. According the results, home care in lisalmi has been able to satisfy well the needs of the home care customers.</p> <p>The results of the survey can be benefited in developing home care. In the future it could be interesting to explore opinions of close relatives of customers and on the other side also opinions of home care employees on the organization of home care. Another interesting issue could be to explore the management of home care employees and wellbeing of the employees in their work. In our opinion it is possible to ensure customer-oriented home care with the help of the results achieved by asking opinions of home care customers themselves.</p>			
<p>Keywords home care, customer satisfaction, service</p>			

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	7
2 KOTIHOITO	9
2.1 Asiakasryhmät.....	12
2.2 Kotihoidon palvelut.....	13
2.3 Kotihoito lisalmessa.....	16
2.4 lisalmen kotihoidon palvelut.....	17
3 ASIAKASLÄHTÖISYYS	18
3.1 Asiakastyytyväisyys terveydenhuollossa.....	19
3.2 Itsemääräämisoikeus.....	21
3.3 Turvallisuus asiakkaan kokemana	22
3.4 Potilasohjaus ja tiedon saanti	23
4 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSONGELMAT.....	25
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	26
5.1 Aineisto.....	26
5.2 Opinnäytetyön mittari.....	28
5.3 Aineiston analysointi.....	29
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	31
6.1 Vastanneiden taustatiedot.....	32
6.2 Vastanneiden kotona selviytyminen ja saama apu	33
6.3 Asiakkaiden mielipide kotihoidon toteutumisesta	37
6.4 Asiakkaiden tyytyväisyys kotihoitoon	42
6.5 Asiakkaiden mielipiteitä kotihoitoon liittyvien asioiden tärkeydestä.....	44
7 POHDINTA	46
7.1 Luotettavuus ja eettisyys	46
7.2 Tulosten tarkastelu	48
7.3 Asiakastyytyväisyyskyselyn yhteenveto	52
7.4 Ammatillinen kasvu	54
7.5 Opinnäytetyön käytettävyys ja jatkotutkimusaiheet.....	55
LÄHTEET.....	56

LIITTEET

Liite 1 Kyselylomake

Liite 2 Saatekirje

Liite 3 Tutkimuslupa

1 JOHDANTO

Suomen väestö ikääntyy voimakkaasti tulevina vuosikymmeninä, mikä lisää kotihoidon palveluiden tarvetta. Valtakunnallisissa vanhustenhuollon linjauksissa korostetaan ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitämistä, mahdollisimman pitkään kotona asumista ja avopalveluja ensisijaisena hoitovaihtoehtona. (Heinola 2007, 9–11.) Avopalvelulla tarkoitetaan sosiaali- tai terveydenhuollon palveluja, joiden tarjoamiseen ei liity yhtäjaksoista ja ympärivuorokautista palveluvastuuta (Lukkaroinen 2002). Ikäihmisen palvelurakenteen yleisin ja laajin palvelu on kotihoito (Eloranta 2009, 15).

Ikääntyvät toivovat saavansa asua kotonaan mahdollisimman pitkään (Tepponen 2009, 17). Kotihoidossa täytyy ottaa huomioon asiakkaan oman elämänsä asiantuntijuus, minkä lisäksi hoidon tulee olla yksilöllistä. Yksilöllisen hoidon avulla löydetään asiakkaan voimavarat ja kyvyt. (Eloranta 2009, 36.) Sosiaali- ja terveystieteiden kustannukset kasvavat koko ajan, mikä pakottaa kunnat kehittämään kokonaisvaltaista kotihoitoa (Tepponen 2009, 18). Iisalmen kaupunki on laatinut vanhuspoliittisen strategiasuunnitelman vuosille 2004–2010. Kaupungin väestö ikääntyy keskimääräistä nopeammin muuhun Suomeen verrattuna, mikä tuo tulevaisuudessa suuria haasteita sosiaali- ja terveydenhuoltoon, erityisesti kotihoitoon. (Väestörakenne 2004.)

Opinnäytetyössä selvitetään Iisalmissa asuvien yli 65-vuotiaiden asiakastyytyvyyttä Iisalmen kotihoitoon. Opinnäytetyössä ikääntyvällä tarkoitetaan yli 65-vuotiaasta henkilöä. Opinnäytetyön tutkimuskohteena ovat ikääntyvien kotihoidonasiakkaiden mielipiteet ja kokemukset saamastaan kotihoidosta. Saadulla tiedolla voidaan kehittää kotihoidon palveluja entistä asiakaslähtöisemmiksi. Opinnäytetyö ei kata muiden tahojen, esimerkiksi omaisten, mielipiteitä kotihoidon palveluista. Tutkimus on ajankohtainen, koska elinikä kasvaa Suomessa koko ajan ja kotihoidon palvelujen täytyy vastata ikäihmisten tarpeisiin.

Opinnäytetyön toimeksiantaja on Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä Iisalmen kotihoito. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä on vastannut vuoden 2010 alusta lukien Iisalmen, Kiuruveden, Sonkajärven ja Vieremän kuntien sosiaali- ja terveydenhuollosta. Palvelujen hallinnointi on keskitetty saman katon alle, joten sosiaali- ja terveyspalvelut voivat olla entistä asiakaslähtöisempiä ja joustavampia. SOTE:n myötä myös kuntien kotihoito yhdistyi. Savonia– ammattikorkeakoulun Iisalmen yksiköstä sosiaaalialalta on valmistunut yksi asiakastytyvääisyyttä käsittelevä opinnäytetyö vuonna 2004 (Saastamoinen & Siponen 2004). Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Tutkimusaineisto käsiteltiin SPSS – ohjelmalla ja tulokset esitetään pääsääntöisesti kuvioiden avulla.

2 KOTIHOITO

Kotihoitoa määrittelee kansanterveys- ja sosiaalihuoltolaki. Kansanterveyslilla käsitellään yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä, sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä sekä yksilön sairaanhoitoa (Kansanterveyslaki 1972/66). Sosiaalihuoltolailla tarkoitetaan laissa sosiaalipalveluja, toimeentulotukea ja sosiaaliavustuksia, joiden tarkoituksena on edistää ja ylläpitää yksityisen henkilön, perheen sekä yhteisön sosiaalista turvallisuutta ja toimintakykyä (Sosiaalihuoltolaki 1982/710).

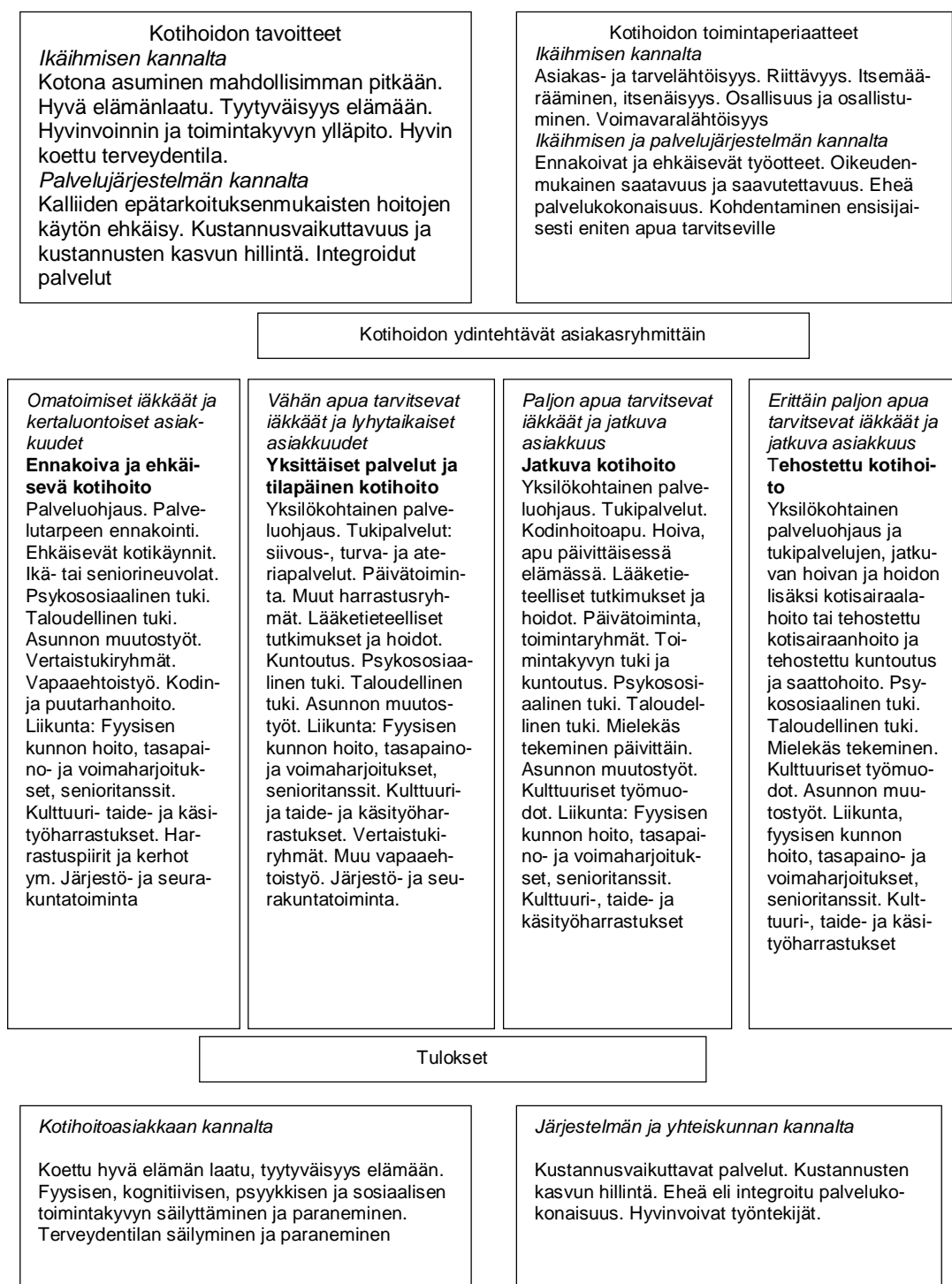
Sosiaali- ja terveysministeriö asetti terveydenhuoltolakityöryhmän kehittämään uutta terveydenhuoltolakia. Ensimmäinen vaihe laista tulee voimaan toukokuussa 2011 ja toinen tammikuussa 2014. (Terveydenhuoltolaki parantaa asiakkaiden asemaa 2010.) Lain mukaan ”Terveydenhuollon rakenteita koskevat säännökset jäisivät ennalleen kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoitolakiin.” Terveydenhuoltolain tavoitteena on parantaa perusterveydenhuoltoa ja terveystalvelujen saatavuutta. Laissa määritellään myös terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteisiä rakenteita sekä kotihoidon sisältöä. (Terveydenhuoltolaki 2010.)

Kotihoidolla tarkoitetaan tässä työssä sosiaalihuoltolain ja -asetuksen mukaista kotitalvelua ja kansanterveyslain mukaista kotisairaanhoitoa. Nämä talvelut voidaan tarjota joko erillisinä tai yhdistettyinä. Kotihoito on talvelukokonaisuus, johon kuuluvat kotisairaanhoito, kotitalvelu, kotitalvelun tukitalvelu ja omaishoidon tuki. Kotihoidon tarkoituksena on tukea kotona asuvia vanhuksia selviytymään päivittäisistä toiminnoistaan mahdollisimman hyvin. (Lukkaroinen 2002.)

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistäminen on tuonut mukanaan monia etuja. Elorannan (2009, 36–40) mukaan yhdistetyllä kotihoidolla edistetään asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan välistä yhteistyötä, minkä lisäksi se parantaa kotipalvelun työntekijöiden, kotisairaanhoidajien ja kotisairaanhoidon lääkärien kykyä ymmärtää asiakkaiden kokonaistilanne ja edistää yhteistyötä. Tiedonkulun on huomattu parantuneen yhteistyön kautta. Tutkimuksesta käy toisaalta ilmi, että yhdistäminen on tuonut mukanaan myös jännitteitä ja työntekijöiden välistä kilpailua, mikä vaikuttaa yhteistyöhön heikentävästi. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistäminen lisää pelkoa ammattiryhmien keskuudessa. Laajimmillaan yhdistäminen tarkoittaa ennakoivaa ja sairauksia ehkäisevää kotihoitoa, jossa kunnilla on edelleen päävastuu kotihoidon toteuttajana. Yhdistämisen tarkoituksena on poistaa palvelujen päällekkäisyyksiä ja aukkoja sekä selkeyttää johtamista ja kotihoidon laatua. (Tepponen 2009, 17).

Kotisairaanhoidossa työskentelee sairaan- ja terveydenhoitajia. Kotisairaanhoido toteuttaa lääkärin määräämiä sairaanhoidollisia toimenpiteitä, kuten näytteiden ottoa tai vaativia haavanhoitoja. Kotipalvelulla puolestaan tarkoitetaan kodinhoitajien, kotiavustajien ja lähihoitajien tarjoamia palveluita kotiin. Kotipalvelun tarkoituksena on auttaa ja tukea asiakasta selviytymään kotona sairauden tai alentuneen toimintakyvyn kanssa. Kotipalvelu on myös asiakkaan voinnin seuranta ja erilaisiin palveluihin ohjaamista. (Kotihoito tukee kotona selviytymistä 2010.)

Sovellamme työssämme Tepposen (2009,166) luomaa kuviota (kuvio 1) hyvän kotihoidon mallista. Tepposen tekemässä hyvän kotihoidon mallissa korostuu kotona asuminen mahdollisimman pitkään, tyytyväisyys elämään sekä hyvinvoinnin ja toimintakyvyn ylläpitäminen. Mallissa korostuu asiakas- ja tarvelähtöisyys, mikä tarkoittaa myös itsemääräämisoikeuden ja itsenäisyyden korostamista.



KUVIO 1. Ikäihmisten hyvän kotihoidon malli (Tepponen 2009, 166)

2.1 Asiakasryhmät

Yleisimmät kotihoidon asiakkuuden syyt ovat sairauden tutkimus tai hoito, dementoivat sairaudet sekä psyykkiset ja fyysiset syyt (Luoma & Kattainen 2007, 18). Tulevaisuuden haasteena kotihoidossa on muistisairaudet ja niihin liittyvät ongelmat (Niemi & Iso-Aho 2009, 169). Asiakasrakennetta kotihoidossa määritellään sillä, kuinka monta kertaa kuukaudessa asiakkaan luona käydään. Suurta avun tarvetta kuvastaa 41 käyntiä kuukaudessa. Luoman ja Kattaisen (2007, 18) mukaan kotisairaanhoidoa saavista asiakkaista 26,8 % saa yli 40 käyntiä kuukauden aikana. Asiakkaista 18,2 % saa 17–40 käyntiä kuukaudessa, 12,7 % 9–16 käyntiä kuukaudessa ja 42,4 % saa alle yhdeksän käyntiä kuukausittain. Asiakasrakennetta voidaan kuvata myös hoidon tarpeen mukaan. Säännöllisen kotihoidon asiakkaista on 8,3 % täysin tai lähes omatoimisia, 16,5 % tarvitsee ajoittaista hoitoa, 48,7 % tarvitsee palveluja toistuvasti, 18,5 % lähes jatkuvaa hoitoa ja 7,0 % jatkuvaa ympärivuorokautista hoitoa.

Tepponen (2009, 165–166, 168) on luokitellut kotihoidon asiakasryhmät neljään eri osa-alueeseen: omatoimisiin iäkkäisiin, vähän apua tarvitseviin iäkkäisiin, paljon apua tarvitseviin iäkkäisiin ja erittäin paljon apua tarvitseviin iäkkäisiin. Omatoimisille asiakkaille palvelut ovat etupäässä ennakkoivia ja ehkäiseviä kotikäyntejä ja palvelutarpeen arviointia, jolloin yleensä asiakkuudetkin ovatkin kertaluontoisia. Vähän apua tarvitsevat ovat yleensä lyhytaikaisia asiakkaita, esimerkiksi haavanhoitoa tai palvelutarpeen arviointia tarvitsevia. Omatoimisten ja vähän apua tarvitsevien palveluissa korostuu ennakointi, ongelmien ehkäisy ja varhainen puuttuminen. Paljon apua tarvitsevat kuuluvat yleensä jatkuvan kotihoidon piiriin, jolloin heidän luonaan käydään säännöllisesti. Erittäin paljon apua tarvitseville iäkkäille tarjotaan tehostettua kotihoitoa jolloin käynnit ovat säännöllisiä ja hoito on sairaanhoidollista. Tehostetussa kotihoidossa voidaan hoitaa entistä huonokuntoisempia asiakkaita, ja se voikin olla ideaalitalanteessa vaihtoehtona vuodeosastohoidolle.

Jokaisessa asiakasryhmässä korostetaan ikääntyneen itsemääräämisoikeutta, itsenäisyyttä sekä asiakas- ja tarvelähtöisyyttä, mikä tarkoittaa, että asiakkaalle tarjotaan hänen tarpeitaan vastaavia palveluita (Tepponen 2009, 169). Asiakas tai hänen omaisensa voivat ottaa yhteyttä kunnan kotipalveluun, jos asiakkaalla ilmenee palveluiden tarvetta. Näin ollen myös omainen voi osallistua palveluiden suunnitteluun. (Ronkainen, Ahonen, Backman & Paasivaara 2002, 101.)

2.2 Kotihoidon palvelut

Kotihoidon palvelut vaihtelevat asiakkaiden keskuudessa pienistä kodin askareista sairaanhoidollisiin toimenpiteisiin. Jokaisen asiakkaan kohdalla määritellään palvelujentarve yksilöllisesti hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812 määrittelee, että toistuvia tai säännöllisiä palveluja saavalle on tehtävä hoito-, palvelu- tai kuntoutussuunnitelma, joka tukee ja edistää asiakaslähtöistä hoitoa. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812.) Hyvässä hoito- tai palvelusuunnitelmassa on otettu huomioon asiakkaan tarpeet ja toiveet yksilöllisesti asiakkaan voimavarat huomioon ottaen. Hoito- tai palvelusuunnitelma tarkistetaan ja tarvittaessa muutetaan asiakkaan voinnin mukaiseksi. (Eloranta & Punkanen 2008, 180–181.)

Tepponen (2009, 166) on hyvän kotihoidon mallissaan (kuvio 1) luokitellut kotihoidon palvelut eri asiakasryhmille. Ennakoivassa ja ehkäisevässä kotihoidossa palvelut ovat ennaltaehkäisyä, kuten palveluohjausta, ehkäiseviä kotikäyntejä, ikä- tai seniorineuvoloita, psykososiaalista tukea, taloudellista tukea ja kodin muutostöitä. Vapaaehtoistyöllä on myös suuri merkitys ennakoivassa ja ehkäisevässä kotihoidossa. Yksittäisessä palvelussa ja tilapäisessä kotihoidossa palvelut ovat yksilökohtaista palveluohjausta, tukipalveluita, päivätoimintaa, lääketieteellisiä tutkimuksia, hoitoa ja kuntoutusta. Jatkuvasa kotihoidossa palvelut suunnitellaan yksilökohtaisella palveluohjauksella. Muita palveluita ovat muun muassa tukipalvelut, kodinhoitoapu, tukeminen päivittäisissä toiminnoissa, erilaiset tutkimukset ja hoidot sekä toimintakyvyn tukeminen.

Tehostetussa kotihoidossa korostuu yksilökohtainen palveluohjaus ja tukipalvelu. Jatkuvan hoivan ja hoidon lisäksi tehostetussa kotihoidossa järjestetään kotisairaala-hoito tai tehostettu kotisairaanhoido. (Tepponen 2009, 166.) Fyysisen toimintakyvyn aleneminen ja erilaiset sairaudet johtavat usein kotihoidon tarpeeseen. Haasteita tuovat kotihoitoon muistisairaat, mielenterveyden ongelmia sairastavat sekä runsaasti alkoholia käyttävät ikääntyneet. (Heinola 2007, 9.) Elorannan (2009, 59) tutkimuksen mukaan hyvässä kotihoidossa olisi otettava huomioon sujuva yhteistyö eri työntekijäryhmien välillä. Esimerkkinä mainittakoon, että yhteistyön täytyy sujua hälytyskeskukseen ja vastaanottajan välillä, jotta voidaan varmistaa hyvä palvelu (Turvallisesti omassa kodissa 2010). Tukipalveluilla tarkoitetaan ateria-, vaatehuolto-, kylvytys-, siivous-, kuljetus-, saattaja- ja sosiaalista kanssakäymistä edistävää palvelua. (Lukkaroinen 2002). Ikääntyneillä on joissakin kunnissa mahdollisuus ottaa käyttöön palveluseteleitä, jotka määritellään tulojen mukaan. Palvelusetelillä voidaan ostaa muun muassa siivous-, ateria-, apteekki- ja turvapalveluita, joita yksityiset yrittäjät tarjoavat (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 1992/734). Ikääntynyt voi hankkia palvelusetelillä yllä mainittuja sosiaali- ja terveystalvaeluja, joita kunnan tai kuntayhtymän kuuluu järjestää asiakkailleen. Palvelusetelillä hankittava palvelu on vaihtoehto kunnan tai kuntayhtymän tuottamalle palvelulle. (Uotinen 2009, 13–17.) Lisäksi tähän joukkoon voidaan liittää asiakkaan turvallisuutta edistävät palvelut. Turvapuhelimella tarkoitetaan puhelinliittymään sekä sähköverkkoon pistokkeilla kytkettävää hälytyslaitetta, joka mahdollistaa hälytystilanteessa kahdensuuntaisen keskusteluyhteyden käyttäjän ja siihen ennalta ohjelmoidun vastaanottajan välillä. Muita turvapalveluita ovat muun muassa ovihälytin ja liiketunnistin. (Turvallisesti omassa kodissa 2010.) Yksityiset ja kolmannen sektorin palvelutarjoajat valtaavat kotihoidon palveluja entistä enemmän, mikä lisää tarjontaa asiakkaille ja kilpailua kotihoidon palveluiden tarjoajien keskuudessa (Yksityisen sektorin kotipalvelut 2002).

Elorannan (2009, 35) mukaan ikääntyneet kokevat itse tarvitsevansa apua raskaissa taloustöissä, ulkoilussa ja sosiaalisten suhteiden ylläpitämisessä. Tutkimuksesta käy ilmi, että iäkkäät kokevat tärkeäksi osallistua elämäänsä vaikuttaviin päätöksiin. Elorannan mukaan iäkkäät haluavat selviytyä mahdollisimman pitkään itsenäisesti ja apua pyydetään vasta, kun omat voimavarat eivät enää riitä. Myös Železnikin (2007, 78) tutkimuksesta käy ilmi, että vanhukset haluaisivat asua kotonaan mahdollisimman pitkään, mutta tämä ei ole aina mahdollista. Železnik korostaa yöhoidon merkitystä vanhusten kotona selviytymiseksi. Kotihoidon työntekijät auttavat ikääntyneitä sellaisissa päivittäisissä toiminnoissa, joihin asiakkaan omat voimavarat eivät enää riitä (Ronkainen ym. 2002, 101). Toisaalta Elorannan (2009, 36) mukaan hoitohenkilökunta tekee ajoittain liikaa asiakkaan puolesta.

2.3 Kotihoito lisalmessa

Kotihoidon piiriin kuuluu lisalmessa yhteensä noin 550 asiakasta, joista noin 350 on säännöllisen kotihoidon piirissä. Alle 65-vuotiaista suurin osa on fyysisesti tai psyykkisesti sairaita tai päihdeongelmaisia. (Jokinen 2010.) lisalmessa kotihoidon muodostavat kotisairaanhoido ja kotihoitoyksikkö. Kotihoito jakaantuu kolmeen vastuualueeseen, jotka ovat eteläinen alue, keskusta ja pohjoisen alue. Nämä alueet jakautuvat kahdeksaan tiimiin. lisalmen kotihoidon toiminta perustuu tiimijatteluun ja omahoitajamalliin. (Huttunen & Marjoniemi 2006.)

Tiimikoulutusta on järjestetty kotihoidossa ja koulutuksen tarve tulee lisääntymään tulevaisuudessa. Kaikki hoitajat eivät kuitenkaan vielä ole sisäistäneet tiimijattelun mallia, vaan hoitajien valmiudet tiimityön toteuttamiseen ovat erilaisia. Omahoitajamalli on käytössä osassa tiimejä, mutta ei vielä kaikissa. Omahoitajuutta kehitetään koulutuksien avulla. Kotihoidossa työskentelee sairaanhoitajia, kotipalveluohjaajia, lähi- ja perushoitajia, kodinhoitajia ja kotiavustajia. (Jokinen 2010.) Niemi (2006, 87) on tutkinut asiakaslähtöisyyttä sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tutkimuksessa korostetaan omahoitajuutta, jonka avulla pystytään paremmin huomioimaan asiakkaan tarpeet ja toiveet. Asiakkaan tarpeiden ja toiveiden huomioon ottaminen lisää asiakastytytyä.

lisalmen kotihoidon tavoitteena on auttaa omaisten, tukipalvelujen ja muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kanssa ikääntyntä selviytymään kotonaan mahdollisimman pitkään. Kotihoito tukee asiakkaan itsenäisyyttä ja jäljellä olevaa toimintakykyä sekä auttaa ylläpitämään sosiaalisia suhteita. Kotihoito antaa kotiin sairaanhoidollisia palveluja, mikäli asiakas ei pysty käyttämään avohoidon palveluja. (Huttunen & Marjoniemi 2006.)

lisalmi poikkeaa muista Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän kunnista siten, että lisalmessa sairaanhoitaja on käytettävissä arkisin kello 8–20 ja viikonloppuisin kello 8–16. Tämä mahdollistaa yhä huonokuntoisempien asiakkaiden hoitamisen kotona. Muissa kunnissa sairaanhoitaja ei ole käytettävissä iltaisin ja viikonloppuisin. (Jokinen 2010.)

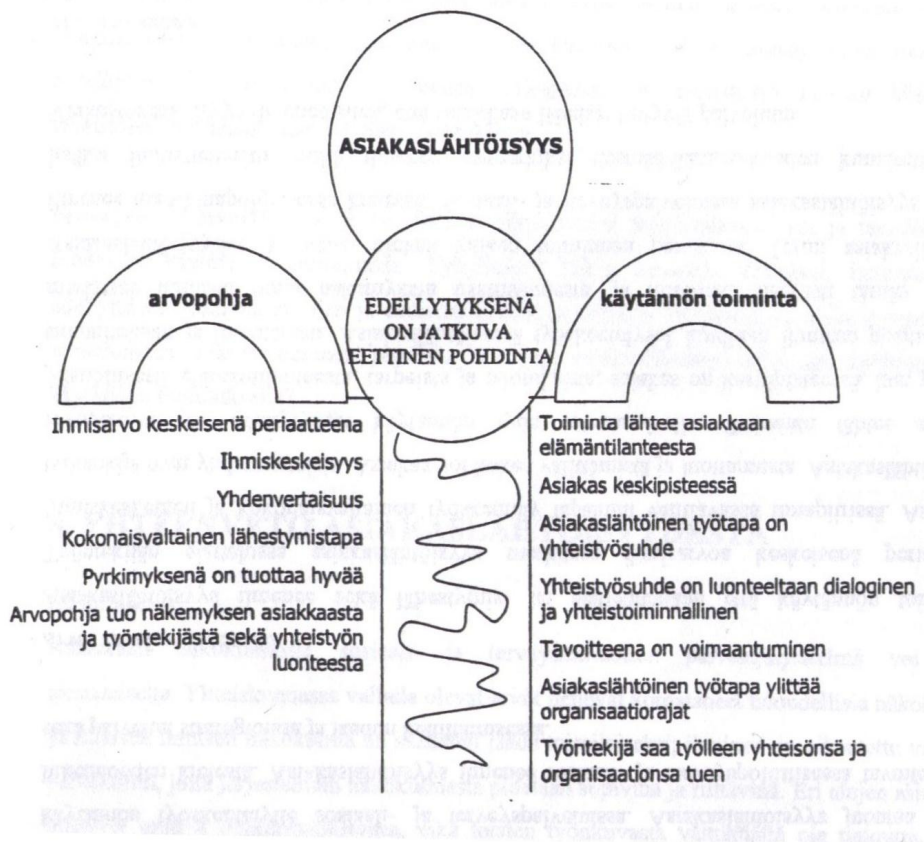
2.4 lisälmen kotihoidon palvelut

lisälmen kotihoidon palvelut koostuvat lääkärin tarjoamista palveluista, kotisairaanhoidollisista palveluista, tehostetuista kotisairaanhoidollisista palveluista, hoiva- ja huolenpitopalveluista sekä yöpartiopalveluista. Lääkäri on kotihoidon käytössä noin 15 tuntia viikossa. Lääkäri tekee kotikäyntejä tarvittaessa. Kotisairaanhoidoon kuuluvat muun muassa hoito- ja palvelusuunnitelmien tekeminen, ennaltaehkäisevät kotikäynnit ja palvelutarpeen arviointi. Tehostettuun kotisairaanhoidoon kuuluvat vaativat haavanhoidot, saattohoito, vaativa lääkehoito ja sairaanhoidollinen vastuu ja ohjaus. Hoiva- ja huolenpitoon kuuluvat omahoitajuus, lääkehoidon toteutus, turvapuuhelinhälytykset ja voinnin seuranta. Ylä-Savon SOTE ostaa yöllä tarjottavat palvelut yksityiseltä palveluntarjoajalta. Kotihoidon työntekijä on tavattavissa kello 21 asti, minkä jälkeen palvelut tulevat yksityisiltä palveluntarjoajilta. lisälmen kotihoito suosii apteekin lääkejakelua. (Leskinen & Ahtonen 2010.) lisälmen kotihoidon palveluiden kriteereiden tarkoituksena on selkiyttää kotihoidon palvelut ikääntyneiden tarpeita vastaaviksi. Tavoitteena on järjestää palvelut tasavertaisesti ja oikeudenmukaisesti. Palvelujen sisältö määritellään yksilöllisesti hoito- tai palvelusuunnitelmassa. (Jokinen 2010.)

Rava on toimintakykymittari, jolla saadaan laskettua asiakkaalle Rava- indeksi. Rava-mittarissa arvioida ikääntyneen ihmisen toimintakykyä ja selviytymistä päivittäisistä toiminnoista. Mittarilla saadaan asiakkaalle Rava-indeksi. (Hagerlund 2009.) Rava-indeksin minimi on 1.29 ja maksimi 4.02. Hoidon tarve on sitä suurempi mitä suuremman arvon asiakas saa. (Päivärinta & Haverinen 2002, 76.) lisälnessä kotihoidossa asiakkaiden Rava-indeksi on 1.5–3.49. Pääsääntöisesti alle 1.5 Rava-indeksin saaneet asiakkaat eivät kuulu kotihoidon piiriin vaan heille tarjotaan muita palveluita. (Leskinen & Ahtonen 2010.) Ikääntyvät eivät välttämättä tiedä, mitä palveluita ja etuuksia heidän on mahdollista saada, joten kotihoidon tehtävä on tiedottaa näistä palveluista. lisälmen kotihoidossa tehdään hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma, johon merkitään myös yksityisten ja kolmannen sektorin tarjoamat tukipalvelut. Ikääntyvien tulotaso nousee, minkä myötä he pystyvät tulevaisuudessa ostamaan enemmän erilaisia yksityisen sektorin palveluita. Asiakkaat voivat ostaa yksityisen- tai kolmannen sektorin tarjoamia palveluita, joita ovat muun muassa pyykkipalvelu, siivouspalvelu ja kuljetuspalvelu. (Vanhustenhuolto 2010.)

3 ASIAKASLÄHTÖISYYS

Asiakaslähtöisyys tarkoittaa ikääntyvien hoidossa ja palvelussa sitä, että asiakas on kaiken keskipiste. Kaikki mitä tehdään, tehdään asiakkaan parhaaksi ja hoitoa sekä palvelua tarkastellaan asiakkaan kannalta. (Voutilainen, Vaarama & Peiponen 2006, 38.) Sorsa (2002) on määritellyt asiakaslähtöisyyden sosiaali- ja terveyspalveluissa. Sorsan (2002, 68) mukaan asiakaslähtöinen toiminta (kuvio 2) lähtee asiakkaan tarpeista ja toiveista. Asiakaslähtöisessä toiminnassa työntekijä on omalla persoonalla asiantuntija sekä ihminen ja hän saa työyhteisön ja organisaation tuen. Asiakaslähtöinen työ ylittää asiakaskohtaisesti organisaatorajat siten, että asiakas saa tarvitsemansa avun ja tuen. Asiakas ja työntekijä ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja heidän tavoitteenaan on yhdessä toimia asiakkaan parhaaksi. Jotta asiakaslähtöinen toiminta toteutuisi, vaaditaan jatkuvaa eettistä pohdintaa.



KUVIO 2. Asiakaslähtöisyys (Sorsa 2002, 68)

Jotta asiakaslähtöinen toiminta toteutuisi terveydenhuollossa, täytyy tunnistaa asiakkaan oikeudet ja ottaa ne toiminnassa huomioon. Asiakaslähtöinen kotihoito onnistuu kaikkien hoitoon osallistuvien yhteistyöllä. (Voutilainen ym. 2006, 38–39.) Yhdessä työntekijät ja ikääntyvä löytävät uusia näkemyksiä ja ratkaisuja hoitotyöhön, minkä lisäksi yhteinen toiminta motivoi myös ikääntyvää toimimaan aktiivisesti (Hytinen 2008, 46). Asiakkaan ja työntekijän välille on muodostuttava yhteistyösuhde, joka näkyy päivittäisessä vuorovaikutuksessa välittämisenä ja luottamuksena (Sorsa 2002, 65). Asiakaslähtöisyys vaatii myös sitä, että asiakas on itse aktiivinen. Esimerkkinä ovat erilaiset asiakasneuvostot, joihin ikääntyvät voivat kuulua. (Voutilainen ym. 2006, 38.)

3.1 Asiakastyytyväisyys terveydenhuollossa

Asiakastyytyväisyyttä mittaamalla saadaan varmistettua asiakaslähtöinen toiminta. Asiakastyytyväisyydellä tarkoitetaan asiakkaan tyytyväisyyttä kokemaansa palveluun tai tuotteeseen. Asiakastyytyväisyyttä mitataan silloin, kun halutaan saada selville asiakkaiden tyytyväisyys tai mielipide tuotetusta palvelusta tai tuotteesta. (Lukkaroinen 2002.) Toistuvasti toteutetuilla asiakastyytyväisyyskyselyillä saadaan tietoa kotihoidon laadusta pitkällä aikajaksolla. Asiakkaiden mielipiteet saadaan selville erilaisten asiakaspalautekanavien kautta, esimerkiksi jokapäiväisen suullisen asiakaspalautteen, keskustelufoorumien, kyselyiden ja haastatteluiden avulla. (Heinola 2007, 30–31.) Erilaiset asiakastyytyväisyyskyselyt ovat konkreettisin keino kerätä tietoa asiakkaiden tyytyväisyydestä saamiinsa palveluihin (Varis, Kankkunen & Suominen 2007, 36).

Ikääntyvät arvioivat tyytyväisyyttä kotihoitoon vertailemalla saamiaan palveluita omiin odotuksiinsa. Negatiivisen palautteen antaminen kertoo, että kotihoidon palvelu ei ole ollut tarpeita vastaavaa. Kotihoidon palvelujen asiakastyytyväisyyden arviointi voidaan jakaa kahteen eri luokkaan, yksittäisen asiakkaan arviointiin ja kotihoitoyksikön arviointiin. Asiakaspalautetta kerätään molemmista luokista ja molemmat luokat antavat tärkeää tietoa kotihoidon palvelujen kehittämisen tueksi. Tärkeää on saada tietää yksittäisen asiakkaan mielipide palveluista sekä asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutussuhteesta. (Heinola 2007, 30.)

Ikääntyvät eivät ole kovin aktiivisia arvioimaan omaa hoitoaan. Yksi syy tähän voi olla, että asiakkaat näkevät hoitajien kiireen ja kokevat, että hoitaja yrittää kyllä tehdä parhaansa. Asiakastyytyväisyyttä mitattaessa ikääntyvät voivat myös pitää ulkopuolista tutkijaa vieraana henkilönä, jolle ei haluta kertoa omia kokemuksia saadusta hoidosta. (Voutilainen ym. 2006, 38–41.) Kysymyksien asettelulla ja käytetyillä termeillä on suuri vaikutus mitattaessa asiakastyytyväisyyttä. Ikääntyvä saattaa kokea, että kysytyt kysymykset eivät liity juuri hänen elämäänsä tai tarpeisiinsa. (Varis ym. 2007, 36.)

Ikääntyneet toivovat kotihoidolta tarvittaessa ympärivuorokautista hoitoa, yksityisyyden kunnioittamista, työntekijöiden ammattitaitoa ja vakituisia työntekijöitä. Tiedonkulun sujuvuudella on myös tärkeä merkitys mitattaessa asiakastyytyväisyyttä. Ikääntyneet kokevat tärkeäksi saada osallistua oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen, minkä lisäksi he haluaisivat asua kotona mahdollisimman pitkään. (Voutilainen ym. 2006, 38–39.) Niemen (2006, 86–87) tutkimuksen mukaan asiakkaiden osallistuminen omaan hoitoonsa edistää asiakaslähtöistä toimintaa.

3.2 Itsemääräämisoikeus

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa hoidon toteutuvan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Itsemääräämisoikeus sisältää oikeuden tasa-arvoon ja vapauteen. Itsemääräämisoikeus käsittää myös oikeuden yksityisyyteen ja yksilöllisyyteen, jolloin henkilöltä vaaditaan kykyä ja tahtoa ajatella ja tehdä häntä itseään koskevia päätöksiä. Asiakkaan ymmärryskyky on keskeisellä sijalla. (Pahlman 2003, 182—183.)

Ikääntyessä kyky päätöksentekoon saattaa heiketä jonkin sairauden seurauksena tai asteittain vähitellen. Itsemääräämisoikeus tulisi ottaa huomioon jokaisessa elämänvaiheessa. (Jääskeläinen 2005, 148.) Itsemääräämisoikeudessa katsotaan ihmisellä olevan oikeus yksityisyyteen. Terveystieteissä voidaan puhuta potilaan yksityisyydestä ja potilaan yksilöllisyyttä onkin kunnioitettava. Terveystieteissä yksityisyyden ongelmat ja uhat näkyvät eniten hoitotilanteissa, joissa on useita potilaita samassa tilassa. Yksilöllisyys korostuu itsemääräämisoikeudessa. Yksilöä tulee kunnioittaa sellaisena kuin hän itse haluaa. Potilaalla on oikeus päättää omasta hoidostaan. Kaiken lähtökohtana on itsemääräämisoikeus. Potilas saa itse päättää, haluaako sairauteensa vaativaa hoitoa tai tutkimusta. (Saarenpää 2002, 29–32.)

Kotihoidossa itsemäärääminen, osallistuminen ja voimavaralähtöisyys liittyvät toisiinsa sillä ne määräävät yhdessä palvelujen tarpeen. Nämä ja asiakkaan oma mielipide vaikuttavat palvelun tarpeeseen. Asiakkuudet voivat vaihdella kertaluontoisesta asiakassuhteesta jatkuviin pitkäkestoisiin asiakkuuksiin. (Tepponen 2009, 169–170.)

3.3 Turvallisuus asiakkaan kokemana

Potilasturvallisuus on korkealaatuisen ja hyvän hoidonlaadun osa. (Snellman 2009, 30–32). Potilasturvallisuus sisältää hoidon turvallisuuden sekä lääkitys- ja laiteturvallisuuden (Koivunen 2008, 280). Suomessa on tehty potilasturvallisuusstrategia vuosille 2009–2013. Strategian tarkoituksena on ohjata sosiaali- ja terveydenhuoltoa yhtenäistämään potilasturvallisuutta ja sen toteutumista. Strategia palvelee asiakkaiden omaisia ja asiakkaita turvallisen ja vaikuttavan hoidon toteuttamisessa. Tavoitteena on, että asiakas itse osallistuu potilasturvallisuuden parantamiseen. Tavoitteena on, että turvallisuutta ennakoitaisiin, vaaratapahtumat raportoitaisiin ja niistä opittaisiin. Potilasturvallisuutta edistetään järjestelmällisesti ja potilasturvallisuus otetaan huomioon opetuksessa. (Snellman 2009, 30–32.) Kotona tapahtuvien tapaturmien ehkäiseminen on moniammatillista yhteistyötä (Kivelä 2001, 69).

Ikääntyvän fyysinen toimintakyky heikkenee iän myötä, mikä vaarantaa potilasturvallisuutta. Huono valaistus, matalat istuimet ja liukkaat lattiat lisäävät kaatumistapaturmia. Fyysisen toimintakyvyn heikentyessä tarvitaan usein erilaisia apuvälineitä ja asunnon muutostöitä, jotka helpottavat ikääntyvän kotona selviytymistä. (Kivelä 2001, 69.)

Hoidon täytyy olla sellaista, että se aiheuttaa mahdollisimman vähän haittaa potilaalle. Potilasturvallisuus voi vaarantua paitsi potilaan siirroissa ja hoitotoimenpiteissä, mutta myös vääränlaisessa lääkehoidossa. Myös kiire, henkilökunnan vähyys ja niukka kirjaaminen heikentävät potilasturvallisuutta. Potilasturvallisuutta on riskien tunnistaminen, arviointi, ehkäisy ja jatkuva toiminnan kehittäminen. (Koivunen 2008, 279–280.) Terveystenhuolto kehittyy koko ajan ja tehokkuus voi heikentää potilasturvallisuutta. Kilpailuttaminen lisää asiakkaiden valinnanvapautta, mikä taas voi puolestaan altistaa potilasvahingoille. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009.)

Niemelä (2006) on tutkinut kiirettä ja työnmuutosta kotipalvelutyössä. Tutkimuksesta käy ilmi, että kotona asuvat iäkkäät tarvitsevat entistä enemmän hoidollisia palveluita kuten haavanhoitoa. Niemelän mukaan tarkalla työpäivän suunnittelulla pystytään vähentämään työn kiirettä. Ennalta arvaamattomat kotikäynnit lisäävät työntekijöiden kotikäyntien määrää. (Niemelä 2006, 209–212.)

3.4 Potilasohjaus ja tiedon saanti

Potilasohjaus on tärkeä osa sairaanhoitajan työtä. Ohjauksen tavoitteena on potilaan tukeminen terveydessä ja hoidossa (Heikkinen 2007). Potilasohjausta mittaamalla saadaan kattavaa tietoa hoitotyön kehittämiseksi. Potilasohjauksella on siten suora vaikutus asiakastytyväisyyteen. (Koskela & Salanterä 2008, 16.)

Potilasohjauksen määrittely on haastavaa, sillä ohjaus-käsitettä käytetään tiedon antamis-, neuvonta- ja opetuskäsitteiden kanssa tarkoittamaan eri asioita. Esimerkiksi ohjaus tukee opetusta ja neuvonta antaa valinnanvaihtoehtoja. Potilasohjaus eroaa neuvonnasta, sillä ohjauksessa ei anneta suoria neuvoja. Pelkän tiedon antamisessa korostuu erilaisten materiaalien käyttäminen ja vuorovaikutus on vähäisempää kuin ohjauksessa ja neuvonnassa. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6–7.) Ohjaus sisältää ohjauksen tarpeen, tavoitteet, toiminnot, toteutuksen ja arvioinnin. Ohjauksessa on tärkeää huomioida potilaan omat toivomukset ohjaukseen liittyen ja ohjauksen tavoitteet tulee määritellä potilaan kanssa yhdessä. Arvioinnissa sekä potilas itse että hoitaja arvioivat omaa näkemystään ohjaustilanteesta ja sen hyödyistä. (Kääriäinen & Kaakinen 2008, 14–15.)

Potilasohjauksen onnistumisella on suuri merkitys asiakkaan ja omaisten terveyteen ja edelleen koko kansantalouteen (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6). Ohjausta tarvitaan eri elämänvaiheissa lapsuudesta vanhuuteen asti. Nykyisin sairaalajaksot ovat lyhyitä, joten potilasohjauksen tärkeys korostuu. Valitettavasti hoitotyöntekijöillä ei ole tarpeeksi aikaa potilasohjaukseen. (Heikkinen 2007.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/92) velvoittaa kuitenkin potilaan saamaan potilasohjausta. Hoitajan tehtävä on saada asiakas kertomaan kokemuksistaan ja ottamaan vastuuta hoidostaan.

Ohjauksen tavoitteena on lisätä asiakkaan itseluottamusta ja sitoutumista omaan hoitoon. Lisäksi ohjaus edistää paranemista. Jotta ohjaus onnistuisi, hoitajan on tiedettävä, mitä ohjaus on, sekä miten ja miksi hän ohjaa (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6–7, 9). Kääriäinen (2007) on tutkinut potilasohjauksen laatua. Tutkimuksessa selvitettiin potilasohjauksen laatua sairaalakäynnin aikana ohjaustoiminnan, vuorovaikutuksen ja ilmapiirin osalta. Tutkimuksesta selvisi, että 80 % vastanneista on saanut asiakaslähtöistä potilasohjausta. Hyvää ohjauksessa oli tiedon saannin riittävyys, potilaan mielipiteen kuunteleminen ja ohjauksen eteneminen

suunnitelmallisesti. Puutteita ohjauksessa oli taustatekijöiden, kuten pelkojen, toiveiden ja elämäntilanteen, huomioimisessa.

Variksen ym. (2007, 36) mielestä potilasohjauksessa pitäisi antaa enemmän kirjallista materiaalia, esimerkiksi erilaisia hoito-oppaita. Heidän artikkelistaan käy ilmi asiakkaiden toivomus runsaammasta kahden keskeisestä ajasta hoitohenkilökunnan kanssa.

4 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyössä selvitettiin, kuinka asiakaslähtöistä lisälmen kotihoito on sekä kuinka tyytyväisiä kotihoidon asiakkaat ovat saamiinsa palveluihin. Mielipiteitä kysymällä voidaan parantaa kotihoidon asiakaslähtöisyyttä. Säännöllisesti asiakastyytyväisyyttä mittaamalla säästetään resursseja, koska voidaan puuttua ajoissa kotihoidon ongelmakohtiin. Asiakaslähtöinen kotihoito tuo hyvinvointia asiakkaille ja tätä kautta koko kotihoitoon. Tutkimuksessa saadun tiedon toivotaan auttavan lisälmen kotihoitoa kehittämässä. Keskeisimmät käsitteet ovat asiakastyytyväisyys, kotihoito ja palvelu.

Keskeisimpien käsitteiden avulla esille nousi seuraavat tutkimusongelmat:

1. Miten tyytyväisiä kotihoidon asiakkaat ovat saamiinsa palveluihin?
2. Miten asiakaslähtöisiä lisälmen kotihoidon palvelut ovat?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyömme lähestymistapa on kvantitatiivinen eli määrällinen ja opinnäytetyömme tehtiin kyselytutkimuksena. Kvantitatiivisen tutkimus sopii hyvin silloin, kun asiakkaiden määrä on suuri (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 26). Kvantitatiivisessa menetelmässä tiedot ilmaistaan numeroilla (Vilkka 2007, 14). Sille ovat tyypillistä otoksen määrittely, numeerinen mittaaminen, objektiivisuus, muuttujien välisten yhteyksien tarkastelu, strukturoitu tutkimusasetelma sekä teorian perustuminen aikaisempiin tutkimuksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 46). Aiemmat teoriat ohjaavat tutkimuksen teoriaosiota (Hirsjärvi ym. 2004, 136.)

Kysely on yksi survey-tutkimuksen keskeisin menetelmä. Otantatutkimuksissa kerätään kohdejoukosta tarvittava otos ja kaikilta tutkittavilta kysytään samaa asiaa. Otantatutkimusta käsitellään yleensä kvantitatiivisesti. (Hirsjärvi ym. 2004, 189.) Opinnäytetyömme kyselyt keräämme otantamenetelmällä. Otannassa poimitaan otos perusjoukosta valikoimalla (Vilkka 2007, 52).

5.1 Aineisto

Opinnäytetyön kohdejoukoksi valittiin osa lisälmen kotihoidon yli 65-vuotiaista asiakkaista. Kohdejoukon valintaan vaikuttivat asiakkaan ikä ja asiakassuhteen kesto. Asiakkuuden oli täytynyt kestää vähintään 4 kuukautta. Sotainvalidit rajattiin opinnäytetyön ulkopuolelle, koska heidän saamansa palvelut määräytyvät sotilasvammalain mukaan (Sotilasvammalaki 1948/404) eivätkä lisälmen kaupungin palvelukriteerien mukaan. Sotainvalidien puoliset voivat kuitenkin saada sotaveteraanijärjestöjen avustuksia (Jokinen 2010). Toimeksiantajamme valikoi kyselyyn sopivat asiakkaat. Psykkisesti sairaat, kehitysvammaiset ja päihdeongelmaiset ikääntyvät rajattiin toimeksiantajan pyynnöstä pois, koska palveluntarve on erilainen ja tutkimustulokset eivät antaisi luotettavaa tietoa. Psykkisesti sairaille asiakkaille tehdään omaa asiakastytyväisyyskyselyä Ylä-Savon SOTE kuntayhtymään.

Kotihoidon asiakkaina on myös ikääntyneitä, jotka eivät kykene vastaamaan sairauden vuoksi kyselytutkimukseen ja heidät rajattiinkin otannan ulkopuolelle. Toimeksiantajan mielestä säännöllisen kotihoidon piirissä olevat asiakkaat, jotka tarvitsevat paljon apua, pystyvät parhaiten arvioimaan saamaansa palvelua.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin kyselylomakkeella (liite 1), joka lähetettiin postitse kuudellekymmenellekymmenelle kotihoidon asiakkaalle. Tutkimukseen osallistuneet olivat pääosin säännöllisen kotihoidon piirissä olevia asiakkaita. Opinnäytetyön kyselylomakkeen pohjana käytettiin osittain vuonna 2001 Helsingin kaupungin tekemää kotihoidon asiakaskyselylomaketta (Itkonen, Kiviharju-Rissanen, Tolkki & Valvanne 2002, 150–160). Toimeksiantajan mielestä kyselylomake oli ajantasainen ja se mittasi kotihoidon asiakastyytyväisyyttä. Kyselylomakkeen kysymykset pohjautuivat teoriaosioon.

Perusjoukko tutkimuksessamme oli noin 350 henkilöä. Tutkimuksen otoksessa on oltava vähintään 50 perusjoukon yksikköä. Jos perusjoukko on suuri, saadaan luotettavaa tietoa suhteellisen pienellä otannalla. (Heikkilä 2008, 44). Lisälmen säännöllisen kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden määrä on suuri, joten suhteellisen pienelläkin otannalla saadaan luotettavaa tietoa.

5.2 Opinnäytetyön mittari

Tässä opinnäytetyössä on käytetty soveltuvien osien kyselylomakkeen pohjana Helsingin kaupungin kotihoidon asiakaskyselylomaketta. Opinnäytetyössä käytettyyn mittariin valikoimme toimeksiantajan kanssa sopivimmat kysymykset. (Itkonen ym. 2002, 150–160.) Mittarilla mittasimme ikääntyvien tyytyväisyyttä kotihoidon palveluihin ja sitä, kuinka asiakaslähtöistä kotihoito on lisäpalvelussa. Helsingissä käytetty mittari ei ole © – merkitty, joten sitä voitiin käyttää opinnäytetyössä. Tutkimusaineiston keruu tehtiin syyskuussa 2010. Emme esitestanneet kyselylomaketta, koska samalla mittarilla on mitattu samaa asiaa eri kunnassa. Myös toimeksiantaja oli tyytyväinen mittariin eikä kokenut esitestauksen tarvetta.

Kysymyksiä valitessamme kiinnitimme huomiota siihen, että kysymykset ja vastausvaihtoehdot ovat yksinkertaisia, sisällöllisesti ja kielellisesti helppolukuisia sekä siihen, että ne selvittävät kotihoidon kannalta keskeisiä asioita. Kyselylomake (liite 1) ja saatekirje (liite 2) pyrittiin laatimaan ulkoasulta selkeäksi ja helppolukoiseksi. Kysymyslomakkeen selkiyttämiseen saimme neuvoja kotihoidon esimieheltä Hanna Jokiselta. Asiakkaiden mielipiteitä selvittävän osion lisäksi kyselylomakkeeseen laadittiin taustamuuttujia selvittäviä kysymyksiä. Taustatietoina kysyttiin ikää, sukupuolta, siviilisäätyä, asumismuotoa, terveydentilaa ja sitä kuinka usein kotihoidon työntekijä käy luona.

Sekamuotoisilla kysymyksillä kysyttiin seuraavia kysymyksiä: Ketkä muut kotihoidon työntekijöiden lisäksi auttavat, mistä syystä asiakkaat tuntevat turvattomuutta, missä asioissa kotihoidon työntekijät auttavat sekä missä toivoisitte saavanne lisää apua. Edellä mainituissa kysymyksissä esitettiin yleisimmät vastausvaihtoehdot strukturoituna eli suljettuina vastausvaihtoehtoina, mutta vastausvaihtoehtojen kattavuudesta ei voitu olla varmoja, joten lisättiin avoin vaihtoehto, ”muu, mikä, kuka?” Taustatietoja ja selviytymistä kotona kysyttiin mahdollisten selkeiden korrelaatioiden eli muuttujan välisten riippuvuuksien selvittämiseksi. Ikää kysyttiin avoimella kysymyksellä.

Mittarissamme käytimme muutamassa kysymyksessä Likert-asteikkoa, jota käytetään yleisesti mielipideväärittämissä. Likert-asteikon periaatteena on, että asteikon toisessa ääripäässä on vastausvaihtoehto ”täysin samaa mieltä” ja toisessa ääripäässä ”täysin eri mieltä”. (Vilkkä 2007, 46.) Likert-asteikosta ei lasketa keskiarvoja (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Kyselylomakkeessa emme käyttäneet, ”en osaa sanoa”-vaihtoehtoa, koska halusimme jokaiseen kysymykseen otettavan kantaa. Heikkilän (2008, 53) mukaan ”en osaa sanoa”-vaihtoehdon pois jättämistä kannattaa pohtia, koska kyselyyn vastaajan on helppo valita se, jos hän ei jaksa miettiä tai halua vastata kysymykseen.

5.3 Aineiston analysointi

Aineiston vastauksille annettiin arvot, jotka tarkastettiin kahdesti virheettömyyden varmistamiseksi. Monivalintakysymykset (1-2, 4, 6, 9), joissa pystyi valitsemaan useampia vastausvaihtoehtoja, saivat arvon ”0 = ensimmäinen vastausvaihtoehto”, ”1 = toinen vastausvaihtoehto” ja niin edelleen. Vastausvaihtoehto ”muu” sai arvon 0 eli ”ei valittu” ja ”1 = valittu”. Monivalintakysymyksissä, joissa pystyi valitsemaan yhden tai useamman vastausvaihtoehdon, jokainen vaihtoehto käsiteltiin omana kysymyksenään.

Monivalintakysymykset (3, 12, 15–17) saivat arvon seuraavalla tavalla: ”0 = ei koskaan”, ”1 = hyvin harvoin”, ”2 = joskus”, ”3 = usein”, ”4 = aina”. Monivalintakysymyksissä (5, 7-8, 10–11, 18) olivat vastausvaihtoehdot: ”kyllä” tai ”ei”, ja nämä saivat arvot: ”0 = kyllä” ja ”1 = ei”. Kysymyksessä 14 arvot olivat seuraavat: ”0 = kyllä”, ”1 = ei” ja ”2 = osan kanssa sovittu, osan ei”. Kysymys 20 oli myös monivalintakysymys, jossa pystyi valitsemaan yhden vastausvaihtoehdon. Jokainen väittämä käsiteltiin omana kysymyksenään ja saivat arvon: ”0 = ei lainkaan tärkeä”, ”1 = ei kovin tärkeä”, ”2 = jokseenkin tärkeä”, ”3 = melko tärkeä” ja ”4 = erittäin tärkeä”. Kysymys 19 oli yleisarvosana ja sai arvon seuraavalla tavalla: ”0 = 4 ala-arvoinen”, ”1 = 5 heikko”, ”2 = 6 välttävä”, ”3 = 7 tyydyttävä”, ”4 = 8 hyvä”, ”5 = 9 kiitettävä” ja ”6 = 10 erinomainen”. Jos johonkin kysymykseen ei ollut vastattu, emme voineet käsitellä vastausta numeerisesti.

Havaintomatriisi eli tutkimusaineisto syötettiin SPSS for Windows 17.0– tilasto-ohjelmaan. Saaduista tuloksista teimme Microsoft Excel 2007–taulukkolaskentaohjelmalla erimuotoisia kuvia. Yleensä muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin kahden muuttujan välillä. Kun haluttiin ilmaista kahden muuttujan välinen riippuvuus, käytettiin korrelaatiokerrointa. Mittarissamme muuttujat olivat järjestysasteikon tasoisia, joten käytimme Spearmanin korrelaatiokertoimia. Muuttujien välisen riippuvuuden suunnan kertoo korrelaatiokertoimen etumerkki eli se, että pieneneekö vai suureneeko toinen arvo, kun toinen muuttujan arvo kasvaa. Korrelaatiokertoimia tarkastellessa nollahypoteesina on, että riippuvuutta ei ole eli korrelaatiokertoimen arvo olisi nolla. (Heikkilä 2008, 203–204.) P– arvo kuvaa kertoimen suuruutta. Jos P- arvo on suurempi kuin 0,05 nollahypoteesi pitää paikkansa eli kahden muuttujan välillä ei ole riippuvuutta (Heikkiä 2008, 206). Tutkimme opinnäytetyössämme sitä onko turvallisuuden tunteen kokeminen kotona riippuvainen vastaajan iästä. Jos muuttuja ei noudata normaalijakaumaa, tarkastellaan kahden ryhmän välistä epäparametrisellä Mann–Whitney U- testillä. Nollahypoteesissa mediaanit ovat yhtä suuret. (Heikkilä 2008, 234.) Opinnäytetyössämme tutkimme sukupuolen ja yleisarvosanan välistä riippuvuutta Mann–Whitney U–testin avulla. Tutkimustulokset esitellään pääsääntöisesti numeerisessa ja graafisessa muodossa.

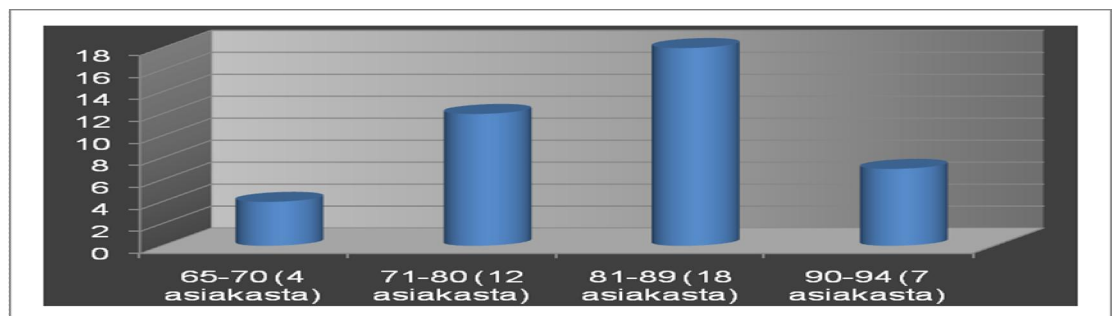
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Kato oli haastattelututkimuksessa melko vähäinen: Kysely lähetettiin 61 kotihoidon asiakkaalle ja kyselyyn vastasi 41 kotihoidon asiakasta (67 %) ja vastaamatta jätti 20 (33 %) kotihoidon asiakasta. Lisäksi vastauksia tuli palautuspäivän jälkeen vielä 7, mutta näitä emme käsitelleet tutkimuksessa, koska olimme ehtineet analysoida ja tulkita määräajassa vastanneet kyselylomakkeet. Kyselyyn osallistuneet kotihoidon asiakkaat ovat ikääntyviä ja tarvitsevat apua selvitäkseen kotonaan, mikä voi selittää osin sen vastaamatta jättämisen. Kyselyyn vastanneet asiakkaat olivat säännöllisen kotihoidon piirissä. Varsinainen asiakastyytyvyyttä käsittelevä osio sisälsi 15 kysymystä. Suurimmassa osassa kysymyksistä vastausvaihtoehdot olivat seuraavat: ”kyllä” ja ”ei” (6 kysymystä) ja ”ei koskaan”, ”hyvin harvoin”, ”joskus”, ”usein” ja ”aina” (5 kysymystä). Kysymyksessä 19 kysyttiin yleisarvosanaa asteikolla 4–10.

Viimeisestä taustatietokysymyksestä puuttui yksi vastausvaihtoehto. Kysymyksessä kysyttiin kuinka usein kotihoidon työntekijät käyvät luonanne? Vastausvaihtoehdoista puuttui kohta 2–3 kertaa viikossa. Asiakkaat, joiden luona kotihoidon työntekijät käyvät esimerkiksi 2 kertaa viikossa, kirjoittivat vastauksen lomakkeeseen. Vastausvaihtoehdon puuttumisesta huolimatta, kysymys antoi oikean tiedon taustatiedoista.

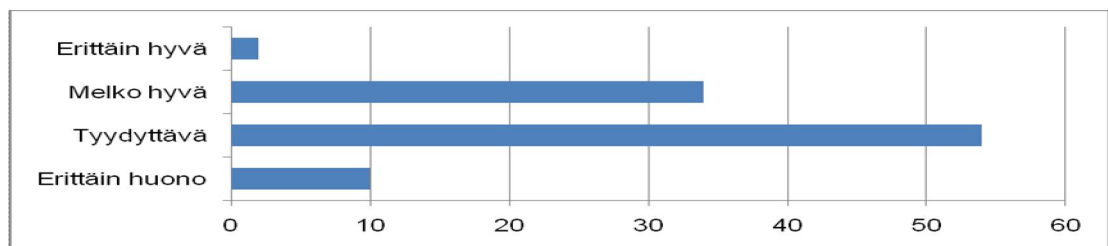
6.1 Vastanneiden taustatiedot

Vastanneet jaettiin neljään ikäryhmään (kuvio 3): 65–70 (4 asiakasta), 71–80 (12 asiakasta), 81–89 (18 asiakasta), 90–94 (7 asiakasta), joista vähiten oli 65–70-vuotiaita. Vastaajien keski-ikäsi laskettiin 82. Suurin osa vastanneista eli 73 % oli naisia. Vastaajista lähes kaikki (36 asiakasta) ilmoittivat asuvansa yksin ja vain muutama asui jonkun muun kanssa (5 asiakasta).



KUVIO 3. Kyselyyn vastanneiden ikäjakauma (%) n=41

Kuviosta 4 näkyy, että yli puolet vastanneista eli 54 % (22 asiakasta) koki terveydentilansa tyydyttäväksi. Vain 10 % vastanneista (4 asiakasta) koki terveydentilansa erittäin huonoksi. Taustatiedoissa selvitimme, kuinka usein kotihoidon työntekijät käyvät asiakkaiden luona. Vastanneista 44 % (18 asiakasta) ilmoitti, että kotihoidon työntekijät käyvät heidän luonaan 1–2 kertaa vuorokaudessa. Vastanneista 32 % (13 asiakasta) ilmoitti, että heidän luonaan käydään 2–3 kertaa viikossa.

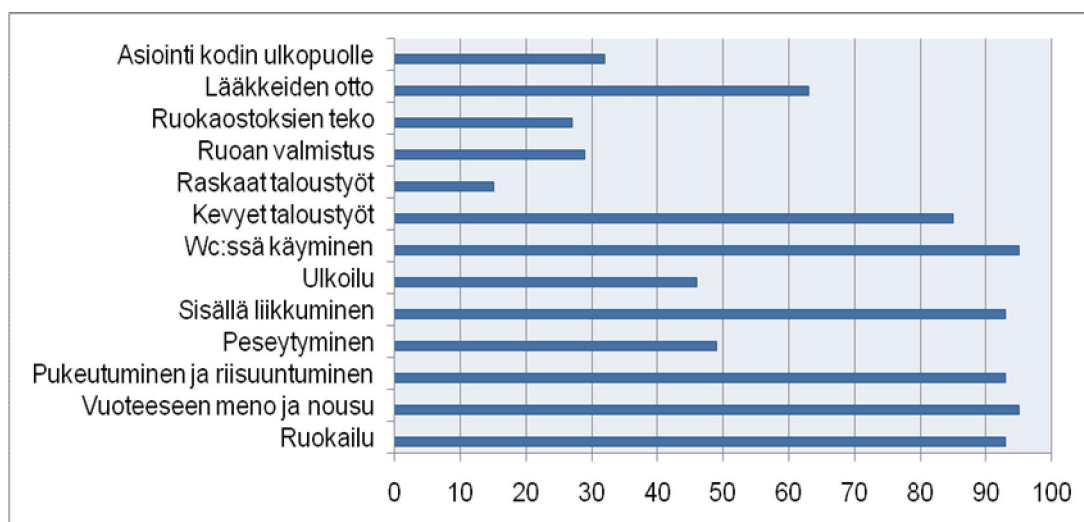


KUVIO 4. Koettu terveydentila (%) n=41

6.2 Vastanneiden kotona selviytyminen ja saama apu

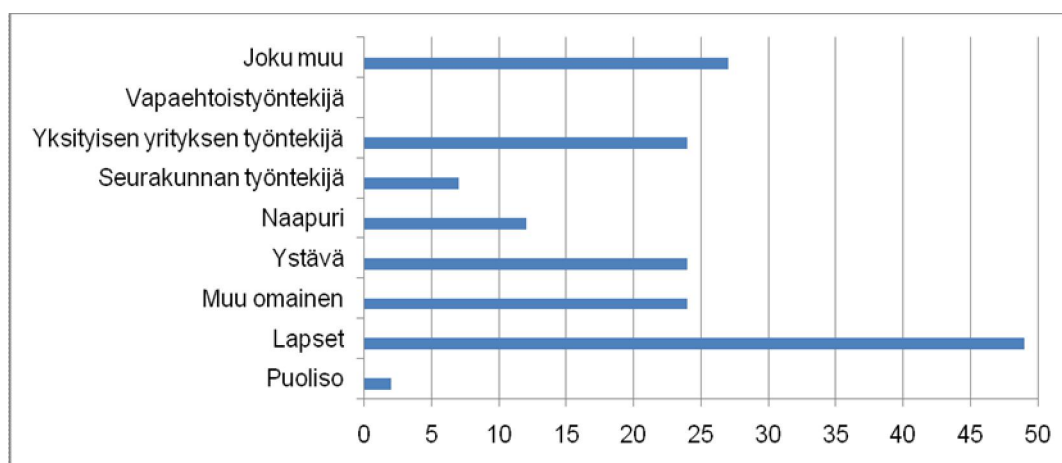
Asiakkaiden tarpeiden mukaan toimiminen edistää onnistunutta kotihoitoa. Opinnäyteyössämme käytimme arviointikriteereinä asiakkaan omaa kokemusta riittävästä kotihoidon tarjoamasta avusta, turvallisuudesta ja yhteyden saamisesta kotihoitoon. Myös tarvittavat apuvälineet ja muutostyöt on huomioitu. Näillä kysymyksillä etsittiin vastauksia tutkimuskysymykseen ”asiakkaiden tyytyväisyys kotihoitoon”.

Kysymykset 1–5 käsittelivät kotona selviytymistä arkipäivän asioista ja sitä, miten asiakkaat kokevat kotona selviytymisensä. Ensimmäisessä kysymyksessä (kuvio 5) asiakkaat ilmoittivat asioita, joista he suoriutuvat itse. Kyselyyn vastanneista yli 90 % selviytyi itsenäisesti ruokailusta, vuoteesta noususta ja vuoteeseen menosta, pukeutumisesta ja riisuuntumisesta, sisällä liikkumisesta ja WC-käynneistä. Vastaajista 85 % ilmoitti selviytyvänsä kevyistä taloustöistä ja 63 % lääkkeiden otosta. Vastaajista yli puolet ei selviytynyt peseytymisestä ja ulkona liikkumisesta itsenäisesti. Vastaajista 85 % ei suoriudu itsenäisesti raskaista taloustöistä. Ruoan valmistuksesta ei selviydy itsenäisesti 71 % ja ruokaostoksien teosta 73 % vastanneista. Vastaajista 68 % ei selviydy itsenäisesti asioinnista kodin ulkopuolella. Kukaan vastanneista ei valinnut vaihtoehtoa ”en selviydy mistään edellä mainitusta”.



KUVIO 5. Kotona suoriutuminen (%) n= 41

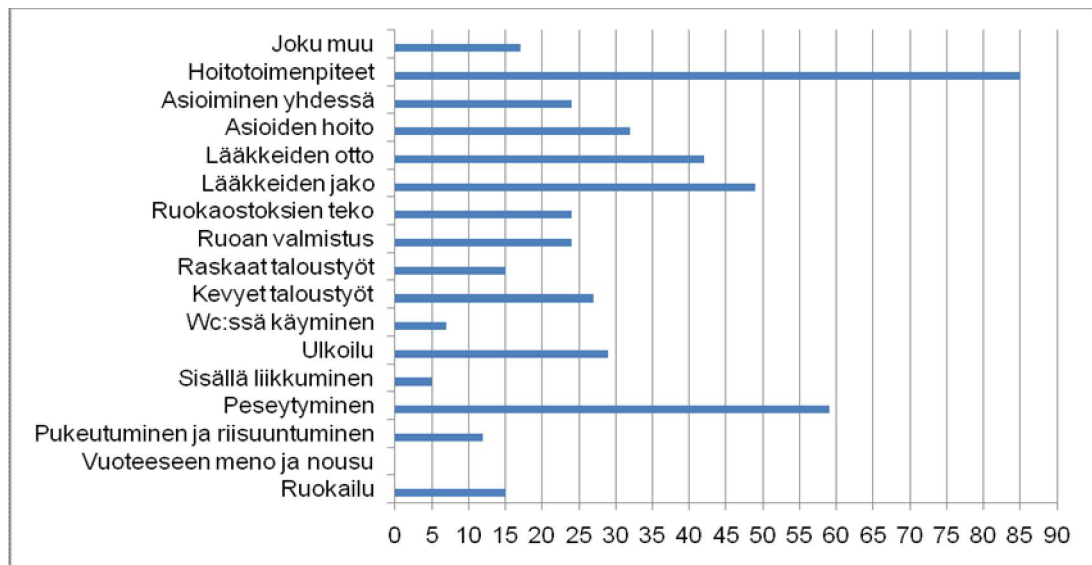
Kysymyksessä kaksi kysyttiin, ketkä kotihoidon työntekijöiden lisäksi auttavat säännöllisesti. Kuviosta 6 nähdään, että melkein puolet eli 49 % vastanneista ilmoitti, että lapset auttavat heitä säännöllisesti kotihoidon työntekijöiden lisäksi. Muu omainen, ystävä tai yksityisen yrityksen työntekijä auttaa 24 % vastaajista. Vastaajista 12 % ilmoitti, että naapuri auttaa säännöllisesti. Seurakunnan työntekijä auttaa 7 % vastaajista. Vastaajista 27 % ilmoitti, että joku muu auttaa heitä säännöllisesti. Muita auttajia olivat puolisoille tarjottava sotaveteraanien kotiapu, fysioterapeutti ja henkilökohtainen avustaja. Erilaisten järjestöjen vapaaehtoistyöntekijät eivät auta ketään säännöllisesti. Vain 15 % ilmoitti, että kukaan muu kuin kotihoidon työntekijä ei auta säännöllisesti heitä.



KUVIO 6. Ketkä auttavat säännöllisesti kotihoidon työntekijöiden lisäksi (%) n=41

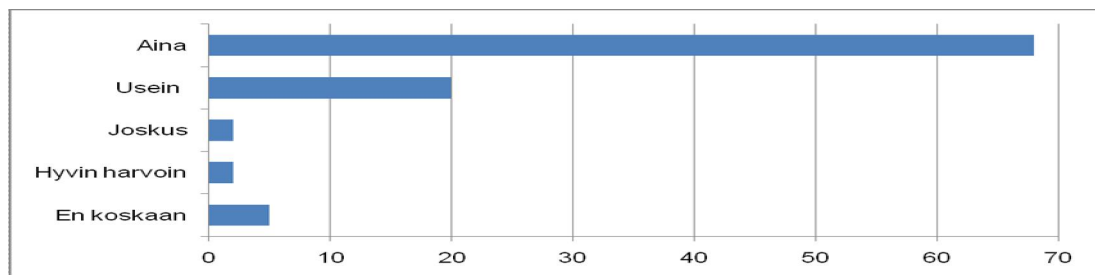
Kysymyksessä kuusi asiakkailta kysyttiin, missä asioissa kotihoidon työntekijät auttavat heitä säännöllisesti (kuvio 7). Kotihoidon työntekijät auttavat suurimmaksi osaksi hoitotoimenpiteissä 85 % vastaajia. Vastaajista 59 % ilmoitti, että kotihoidon työntekijät auttavat peseytymisessä. Melkein puolta vastaajista (49 %) kotihoidon työntekijä auttaa lääkkeiden jakamisessa dosettiin. Lääkkeiden otossa kotihoidon työntekijä auttoi 42 % vastaajista. Vastaajista 32 % ilmoitti, että kotihoidon työntekijät auttavat asioiden hoidossa, esimerkiksi apteekissa käynnissä. Vastanneista 24 % ilmoitti, että kotihoidon työntekijät auttavat ruoan valmistuksessa, ruokaostoksien teossa ja asioimisessa kodin ulkopuolella. Vastaajista 29 % ilmoitti, että kotihoidon työntekijät auttavat ulkoilussa. Vastaajista 27 % ilmoitti, että kotihoidon työntekijät auttavat kevyissä taloustöissä. Raskaissa taloustöissä autetaan 15 % vastanneita.

Vastaajista 15 % ilmoitti, että kotihoidon työntekijät auttavat ruokailussa ja 12 % ilmoitti saavansa apua pukeutumisessa ja riisuuntumisessa. Muita asioita, missä kotihoidon työntekijät auttavat, ovat pyykinpesu, rasvaukset ja ihon kunnon seuranta. Vähiten kotihoidon työntekijät auttavat sisällä liikkumisessa ja WC-käynneissä. Kotihoidon työntekijät eivät auttaneet ketään vastanneista vuoteesta nousemisessa tai vuoteeseen menossa.



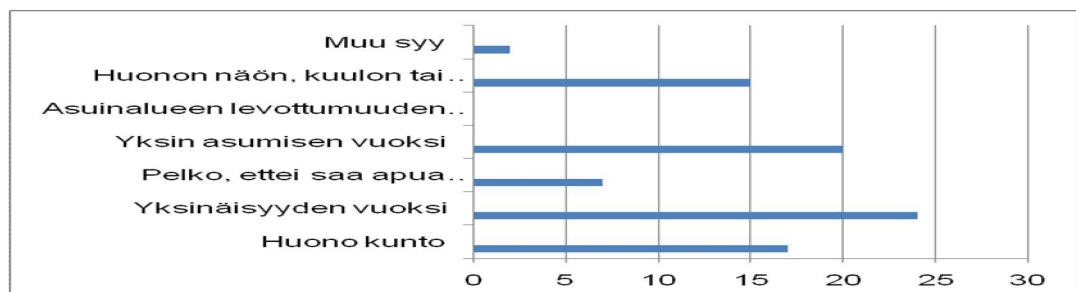
KUVIO 7. Toiminnot joissa kotihoidon työntekijät auttavat säännöllisesti (%) n= 41

Kysymyksessä kolme (kuvio 8) kysyimme, tuntevatko asiakkaat kotona asumisen turvalliseksi. Aina olonsa tunsivat turvalliseksi 68 % vastaajista. Usein kotona turvalliseksi olonsa tunsivat 20 % vastaajista. Neljä henkilöä valitsi vaihtoehdon ”ei koskaan”, neljä henkilöä ”joskus” ja neljä henkilöä ”hyvin harvoin”. Kysymystä kolme ja ikää tarkastelimme korrelaatiokertoimen avulla. Korrelaatiokertoimeksi saimme $-0,016$ ja P-arvoksi $0,92$, joka on suurempi kuin $0,05$. Tämä tarkoittaa, että iän ja kotona turvalliseksi tuntemisen välillä ei ole riippuvuutta.



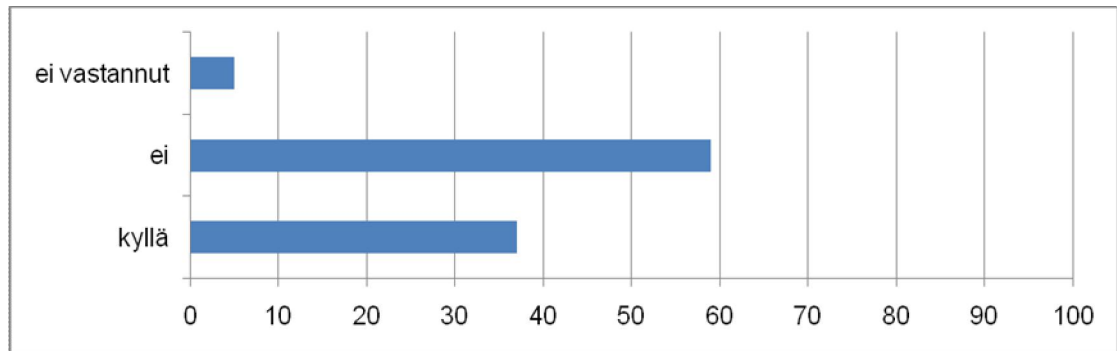
KUVIO 8. Turvallisuuden kokeminen kotona (%) n=41

Kysymyksessä neljä (kuvio 9) kysyimme, mitkä syyt mahdollisesti aiheuttavat turvattomuutta. Vastaajista 17 % tunsivat turvattomuutta huonon kunnon vuoksi. Yksinäisyys aiheutti turvattomuutta 12 % vastaajista. Yksin asuminen aiheutti 15 % vastaajista turvattomuutta. Huono näön, kuulon tai puhekyvyn vuoksi 10 % vastaajista tunsivat turvattomuutta. Muut syyt olivat yksittäistapauksia. Vastanneista 63 % ilmoitti, etteivät koe kotona asumista turvattomaksi.



KUVIO 9. Syyt, jotka aiheuttavat turvattomuutta (%) n=41

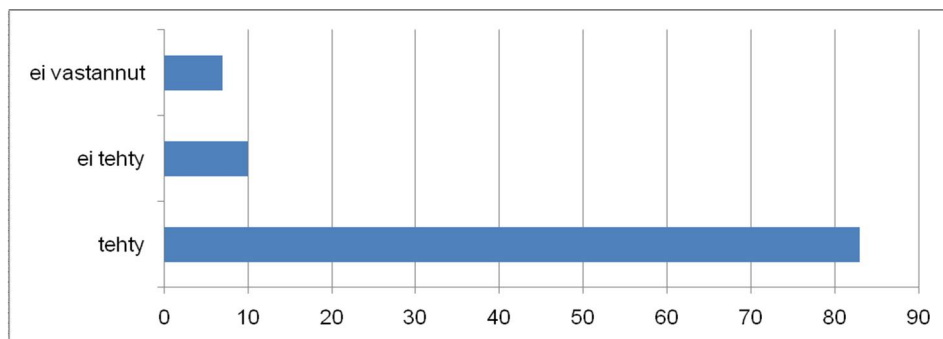
Kuviossa 10 näkyy, kuinka monelle on tehty muutostöitä asunnon turvallisuuden parantamiseksi. Tarkoitamme muutostöillä esimerkiksi kahvojen asennusta ja kynnyksien poistamista. Vastaajista 37 % vastaajista ilmoitti, että heidän luonaan on tehty muutostöitä turvallisuuden parantamiseksi.



KUVIO 10. Asunnossa tehty muutostöitä (%) n=39

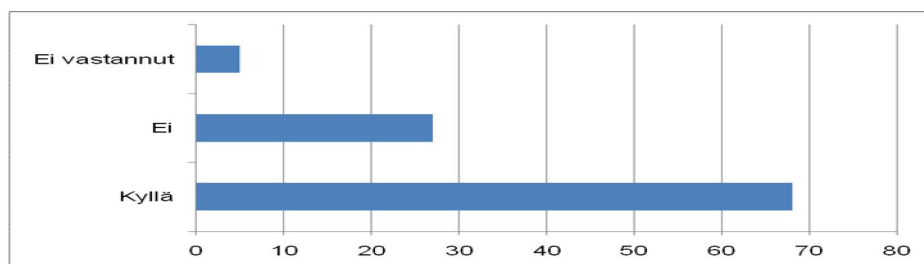
6.3 Asiakkaiden mielipide kotihoidon toteutumisesta

Kysymyksessä seitsemän kysyttiin asiakkailta, onko heidän kanssaan tehty hoito- tai palvelusuunnitelma. Kuviosta 11 voidaan nähdä, että 83 % vastanneista ilmoitti, että heidän kanssaan on tehty hoito- tai palvelusuunnitelma. Kysymyksessä kahdeksan selvitettiin, otetaanko asiakas huomioon suunniteltaessa kotihoidon palveluita. Vastanneista 71 % kertoo, että heidän kanssaan on sovittu yhdessä kotihoidon työntekijän kanssa, mitä palveluita he saavat kotiinsa.



KUVIO 11. Hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen (%) n=38

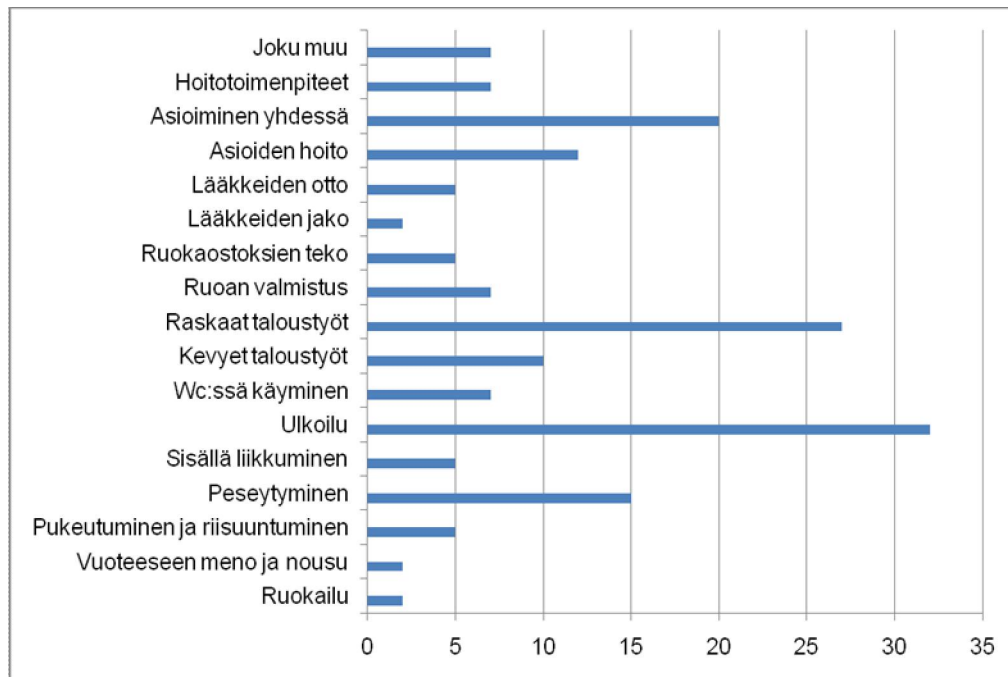
Kysymyksessä 11 selvitettiin, onko kotihoidon asiakkailla omahoitaja, joka käy asiakkaan luona. Kuviosta 12 voidaan nähdä, että 68 % ilmoitti, että heillä on omahoitaja, joka käy heidän luonaan säännöllisesti. Vastaavasti 27 % ilmoitti, ettei heillä ole omahoitajaa.



KUVIO 12. Omahoitaja (%) n=39

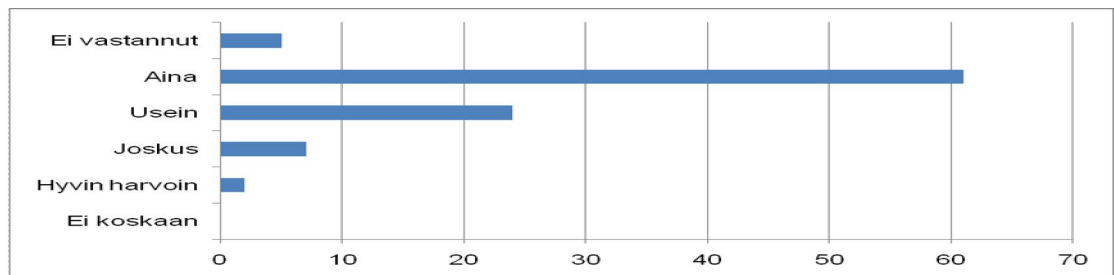
Kysymyksessä 12 selvitettiin kotihoidon asiakkaiden mielipidettä siitä, käyvätkö asiakkaiden luona samat tutut kotihoidon työntekijät. Vastanneista 37 % ilmoitti, että heidän luonaan käy aina sama tuttu kotihoidon työntekijä ja 46 % ilmoitti, että heidän luonaan käy usein sama tuttu kotihoidon työntekijä. Vastanneista 15 % ilmoitti, että heidän luonaan joskus käy sama tuttu kotihoidon työntekijä. Vain 2 % ilmoitti, että hänen luonaan käy hyvin harvoin sama tuttu kotihoidon työntekijä.

Kysymyksessä yhdeksän (kuvio 13) selvitettiin kotihoidon asiakkaiden mielipiteitä siitä, missä he toivoisivat saavansa enemmän kotihoidon apua. Vastanneista 32 % toivoi saavansa enemmän apua ulkoilussa, 27 % raskaissa taloustöissä. Vastaajista 20 % toivoo saavansa tukea asioimiseen niin, että kotihoidon työntekijä on mukana ja 12 % toivoo saavansa apua asioiden hoitamisessa. Vastaajista 15 % toivoo saavansa enemmän apua peseytymisessä, 10 % kevyissä taloustöissä, 7 % WC-käynneissä. Vastaajista 7 % toivoo saavansa enemmän apua ruoan valmistuksessa, 7 % hoitotoimenpiteissä, 5 % pukeutumisessa ja riisuuntumisessa. Vastaajista 5 % toivoi saavansa enemmän apua sisällä liikkumisessa, 5 % ruokaostoksien teossa, 5 % lääkkeiden ottamisessa ja 2 % ruokailussa. Vuoteeseen menossa ja sieltä nousemisessa apua toivoi saavansa enemmän 2 %, 2 % lääkkeiden jakamisessa. Vastaajista 32 % kertoi, etteivät tarvitse lisää apua sen lisäksi, mitä tällä hetkellä saavat. Kotihoidon asiakkaat toivoivat saavansa enemmän kuljetusapua.



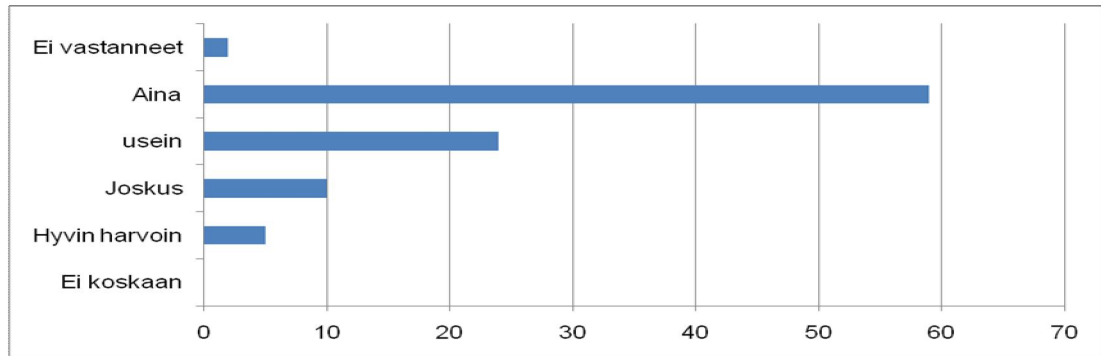
KUVIO 13. Missä toivoisivat saavansa enemmän kotihoidon apua (%) n=41

Kysymyksessä 10 selvitettiin saavatko kotihoidon asiakkaat riittävästi tietoa palveluista, joita järjestetään kotiin. Vastanneista 73 % kokee saavansa riittävästi tietoa palveluista, joita järjestetään kotiin. Kysymyksessä 13 (kuviot 13 ja 14) selvitettiin, saavatko kotihoidon asiakkaat tarvittaessa hyvin yhteyden kotihoidon työntekijöihin. Vastaajista 61 % eli 25 asiakasta kertoi saavansa tarvittaessa hyvin yhteyden kotihoidon työntekijöihin. Vastaajista 24 % eli 10 asiakasta ilmoitti saavansa usein yhteyden kotihoidon työntekijöihin tarvittaessa. Vain 4 asiakasta eli 9 % ilmoitti saavansa vain joskus yhteyden kotihoidon työntekijään tarvittaessa. Tarvittaessa yhteyden kotihoidon työntekijään hyvin harvoin ilmoitti saavansa vain 9 % vastaajista. Kaksi asiakasta jätti vastaamatta kysymykseen.



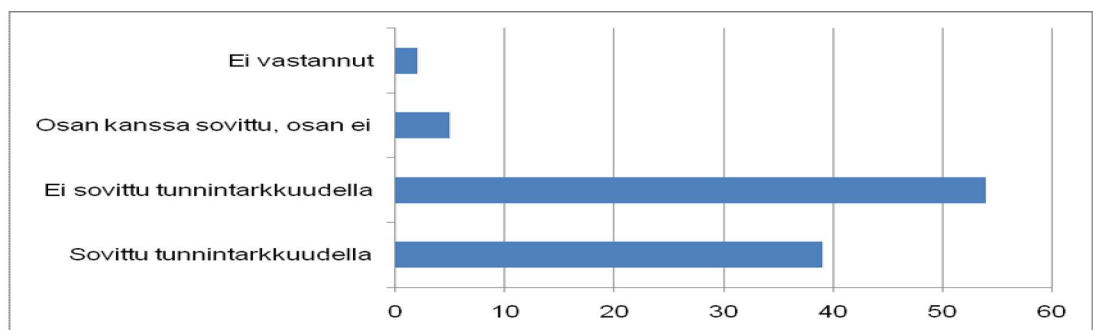
KUVIO 14. Yhteyden kotihoidon työntekijöihin tarvittaessa (%) n=39

Kysymyksessä 15 kysyttiin saapuvatko kotihoidon työntekijät sovittuun aikaan. Kuviosta 15 nähdään, että yli puolet eli 59 % vastanneista ilmoitti, että kotihoidon työntekijät saapuvat aina sovittuun aikaan, 25 % usein, 10 % joskus ja vain 5 % hyvin harvoin. Kaksi asiakasta jätti vastaamatta kysymyksen.



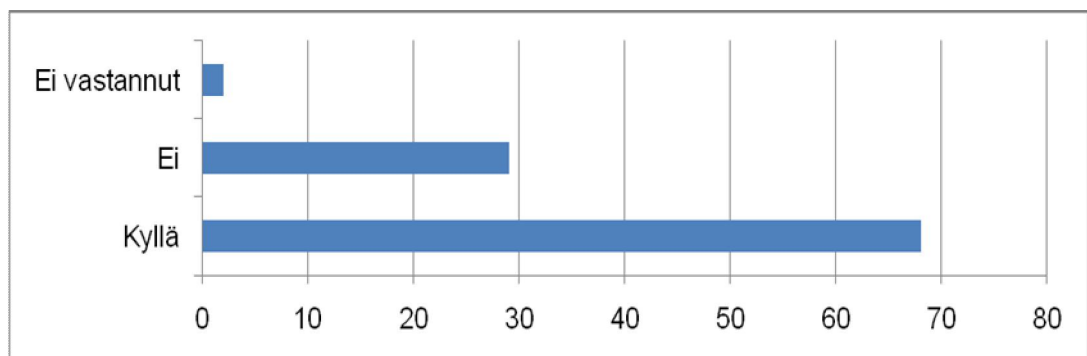
KUVIO 15. Saapuvatko kotihoidon työntekijät sovittuun aikaan (%) n=39

Kysymyksessä 14 kysyttiin kotihoidon asiakkailta, onko heidän kanssaan sovittu kotihoidon käyntipäivän lisäksi myös kellonajasta tunnin tarkkuudella. Kuviosta 16 nähdään, että yli puolet eli 54 % vastanneista ilmoitti, että heidän kanssaan ei ole sovittu kotihoidon käyntipäivän lisäksi kellonajasta tunnin tarkkuudella. Vastaajista 5 % ilmoitti, että osan kanssa on sovittu ja osan kanssa ei ole sovittu käyntipäivän lisäksi kellonajasta tunnin tarkkuudella.



KUVIO 16. Onko sovittu käyntipäivänlisäksi kellonajasta (%) n=40

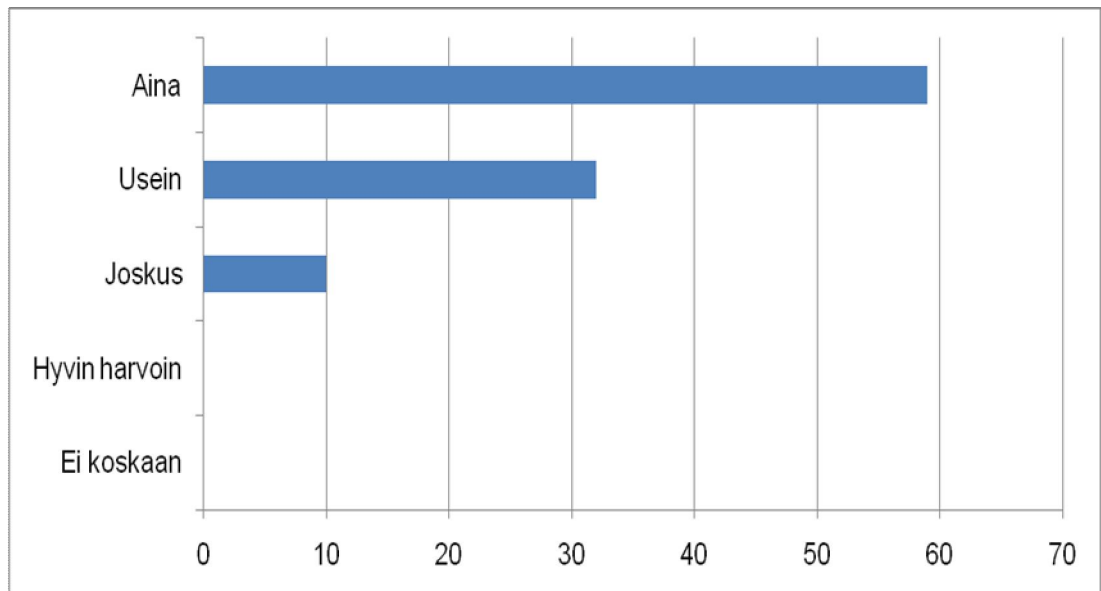
Kysymyksessä 17 selvitettiin, tekevätkö kotihoidon työntekijät sovitut tehtävät. Vastanneista 73 % ilmoitti, että kotihoidon työntekijät tekevät sovitut tehtävät aina ja 27 % usein. Ei koskaan, hyvin harvoin ja joskus vaihtoehtoa ei valinnut kukaan vastanneista. Kysymyksessä 18 kysyttiin, onko kotihoidon työntekijöillä aikaa hoitaa sovitut tehtävät ilman kiirettä. Kuviosta 17 nähdään, että 68 % vastanneista ilmoitti, että kotihoidon työntekijöillä on aikaa hoitaa sovitut tehtävät ilman kiirettä. Vastaajista 29 % ilmoitti, että kotihoidon työntekijöillä ei ole aikaa hoitaa sovittuja tehtäviä ilman kiirettä. Yksi vastaajista jätti vastaamatta kysymykseen.



KUVIO 17. Aikaa hoitaa sovitut tehtävät ilman kiirettä (%) n=40

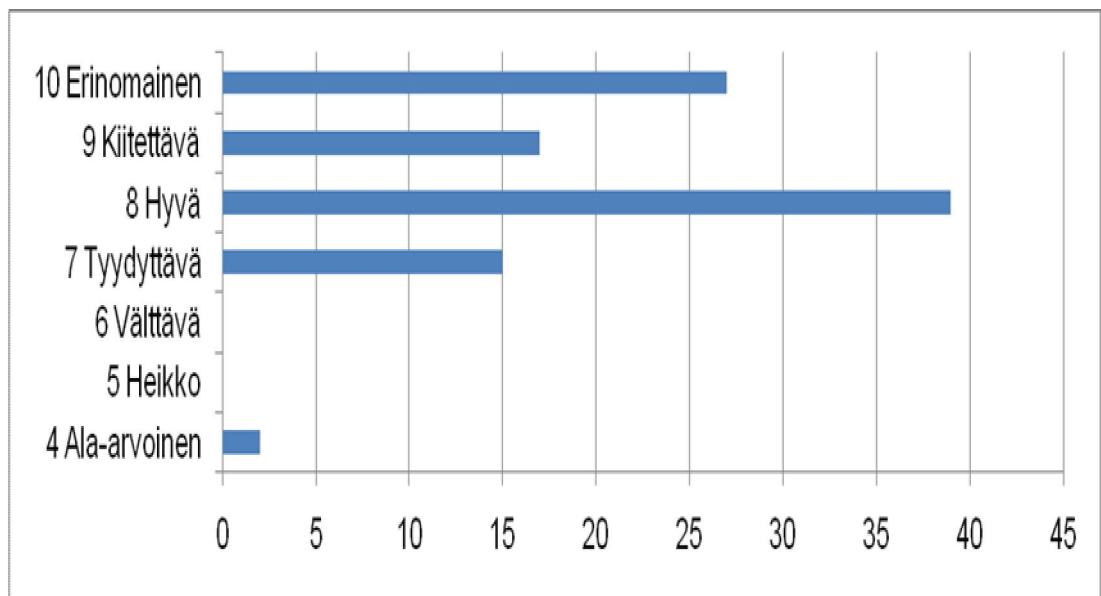
6.4 Asiakkaiden tyytyväisyys kotihoitoon

Kysymyksessä 16 kysyimme, kokevatko asiakkaat saavansa hyvää kotihoidon palvelua. Kuviosta 18 nähdään, että aina hyvää kotihoidon palvelua koki saavansa 59 % (24 asiakasta) vastanneista. Usein kotihoidon hyvää palvelua koki saavansa 32 % (13 asiakasta) vastanneista. Joskus hyvää kotihoidon palvelua koki saavansa 10 % (2 asiakasta) vastanneista. "Ei koskaan" ja "hyvin harvoin" -vaihtoehtoja ei valinnut kukaan.



KUVIO 18. Tyytyväisyys kotihoidon palveluihin (%) n=41

Kysymyksessä 19, kysyimme yleisarvosanaa kotihoidosta kouluarvosana-asteikolla. Kuvio 19 havainnollistaa yleisarvosanaa. Ala-arvoisen arvosanan antoi 2 %, heikkoa ja välttävää arvosanaa ei antanut kukaan, tyydyttävän antoi 15 %, 39 % hyvän, 17 % kiitettävän ja 27 % koki saavansa erinomaista kotihoidon palvelua. Tutkimme yleisarvosanan ja sukupuolen välistä riippuvuutta. Korrelaatiokertoimeksi saimme $-0,891$ ja P-arvoksi $0,373$, joka on suurempi kuin $0,05$, mikä tarkoittaa, että kahden muuttujan välillä ei ole riippuvuutta. Voimme todeta, että sukupuoli ei vaikutta yleisarvosanaan.



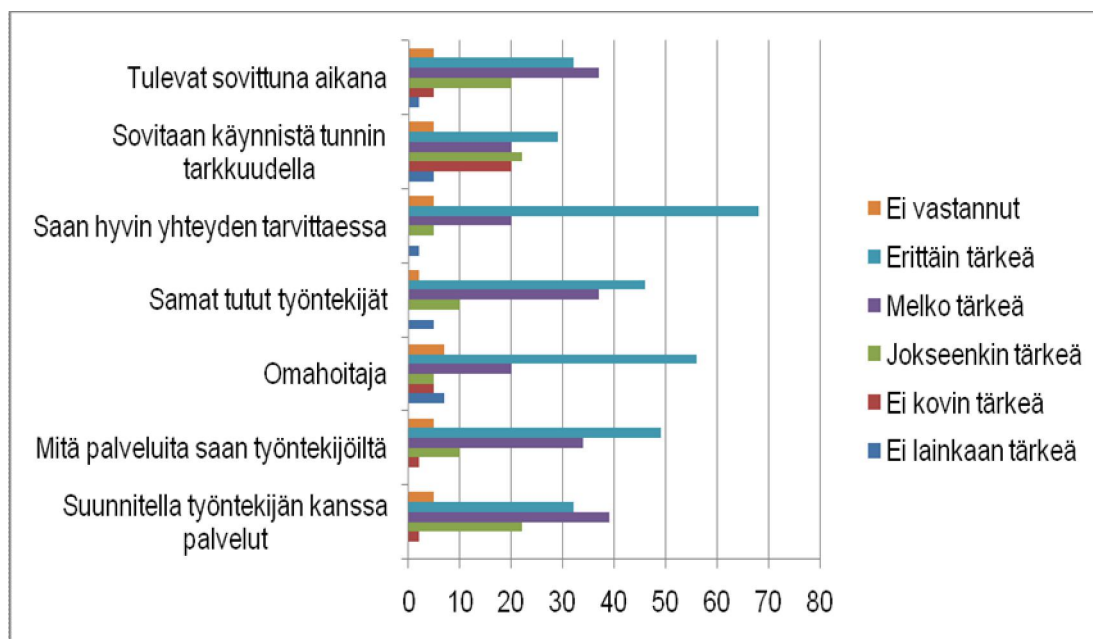
KUVIO 19. Yleisarvosana kotihoidosta (%) n=41

6.5 Asiakkaiden mielipiteitä kotihoitoon liittyvien asioiden tärkeydestä

Kysymyksessä 20 kysyimme, kuinka tärkeänä kotihoidon asiakkaat pitivät seuraavia asioita kotihoidossa. Kuvio 20 havainnollistaa kotihoidon asiakkaiden mielipiteitä kotihoidon asioiden tärkeydestä. Vastaajista 39 % (16 asiakasta) piti ”melko tärkeänä”, että voi suunnitella työntekijän kanssa mitä palveluita saavat kotiinsa. Vastaajista 32 % (13 asiakasta) koki ”erittäin tärkeänä”, että voi suunnitella työntekijän kanssa mitä palveluita saavat kotiinsa. Vastaajista 22 % (9 asiakasta) piti ”jokseenkin tärkeänä”, että voi suunnitella kotihoidon työntekijöiden kanssa mitä palveluita saa kotiin. Vain yksi henkilö eli 2 % ilmoitti, ettei pidä ”kovin tärkeänä” sitä, että voi suunnitella työntekijän kanssa, mitä palveluita saa kotiin. Vastaajista lähes puolet eli 49 % (20 asiakasta) piti ”erittäin tärkeänä”, että hänen kanssaan sovitaan, mitä palveluita saa työntekijöiltä, 34 % (14 asiakasta) piti ”melko tärkeänä”, että heidän kanssaan sovitaan, mitä palveluita saa työntekijöiltä. Vastaajista 10 % (4 asiakasta) piti ”jokseenkin tärkeänä”, että heidän kanssaan sovitaan mitä palveluita saa työntekijöiltä ja 2 % (1 asiakas) ei pitänyt ”kovin tärkeänä” sitä, sovitaanko hänen kanssaan mitä palveluita saa työntekijöiltä.

Kysyttäessä kuinka tärkeänä asiakkaat pitivät sitä, että heillä on omahoitaja, 56 % (23 asiakasta) vastasi, että ”erittäin tärkeänä”, 20 % (8 asiakasta) ”melko tärkeänä”, 5 % (2 asiakasta) ”ei kovin tärkeänä”, 5 % (2 asiakasta) ”jokseenkin tärkeänä” ja 7 % (3 asiakasta) ”ei lainkaan tärkeänä”. Vastaajista 46 % (19 asiakasta) ilmoitti pitävänsä ”erittäin tärkeänä”, että luonaan käyvät samat tutut työntekijät, ”melko tärkeänä” 37 % (15 asiakasta), 10 % (4 asiakasta) ”jokseenkin tärkeänä”, 5 % (2 asiakasta) ”ei lainkaan tärkeänä”.

Vastaajista 68 % (28 asiakasta) ilmoitti pitävänsä ”erittäin tärkeänä”, että saa tarvittaessa yhteyden työntekijöihin, ”melko tärkeänä” 20 % (8 asiakasta), ”jokseenkin tärkeänä” 5 % (2 asiakasta) ja 2 % (1 asiakas) ”ei lainkaan tärkeänä”. Vastaajista 29 % (12 asiakasta) piti ”erittäin tärkeänä”, että hänen kanssaan sovitaan kotihoidon käynnistä tunnin tarkkuudella, ”jokseenkin tärkeänä” 22 % (9 asiakasta), ”melko tärkeänä” 20 % (8 asiakasta), ”ei kovin tärkeänä” 20 % (8 asiakasta) ja 5 % (2 asiakasta) ”ei lainkaan tärkeänä”. Vastaajista 32 % (13 asiakasta) piti ”erittäin tärkeänä”, että työntekijät tulevat sovittuna aikana, 37 % (15 asiakasta) ”melko tärkeänä”, 20 % (8 asiakasta) ”jokseenkin tärkeänä”, 5 % (2 asiakasta) ”ei kovin tärkeänä” ja 2 % (1 asiakas) ”ei lainkaan tärkeänä”.



KUVIO 20. Asiakkaiden mielipiteitä kotihoidon tärkeydestä (%) n=41

7 POHDINTA

7.1 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimusluvan (liite 3) anoinme Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän sosiaalihoitaja Marja-Leena Meriläiseltä. Tutkimusluvan saimme syyskuussa 2010. Saatuaamme tutkimusluvan, lähetimme kyselylomakkeet valituille kotihoidon asiakkaille.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan validiteetin ja reliabiliteetin pohjalta. Validiteetti kuvaa sitä, miten hyvin on onnistuttu mittaamaan juuri sitä, mitä oli tarkoitus mitata. Kyselytutkimuksessa validiteettiin vaikuttavat oikeanlaiset kysymykset eli kysymyksien tulisi mitata juuri sitä, mihin halutaan saada vastauksia. (Vilkkä 2007, 149–151.)

Koko tutkimuksen luotettavuus perustuu mittarin sisältövaliditeettiin. Tutkimukseen on valittava oikeanlainen mittari, jolla saadaan luotettavia tutkimustuloksia. Väärin valituilla kysymyksillä ei saada luotettavia tuloksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152.) Opinnäytetyössämme käytimme osin valmista mittaria, jolla pystyimme saamaan luotettavia tuloksia.

Luotettavuutta mitattaessa täytyy pohtia, mitaako mittari juuri sitä, mitä halutaan mitata eli onko mittari riittävän kattava ja jääkö jokin tärkeä osa-alue mittaamatta. Luotettavuuden kannalta paras mittari on aikaisemmin testattu tai standardoitu mittari. Mittarin ikä on myös tärkeä ottaa huomioon, koska hoitotyö kehittyy jatkuvasti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 153.) Opinnäytetyömme mittarin valinnassa käytimme ajantasaista mittaria.

Luotettava kvantitatiivinen tutkimus edellyttää runsasta perehtymistä tutkimukseen liittyvään kirjallisuuteen. Mittarissa mitattavat asiat pohjautuvat kirjallisuusosioon. Opinnäytetyöhön liitetään kirjallisuusosiossa käytetyt lähdeviitteet (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 153.) Tutkimuksen ulkoinen validiteetti tarkoittaa mittaamisesta riippumattomia tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa tutkimustuloksiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 155). Opinnäytetyössämme kotihoidon työntekijät valitsivat otannan, joka voi vaikuttaa tutkimustuloksiin.

Reliabiliteetti tarkoittaa kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia eli se arvioi tulosten pysyvyyttä. Toistettaessa tutkimusta, pitäisi tulla samanlaisia tuloksia riippumatta siitä, kuka tutkii. (Vilkkä 2007, 149.) Mittarin reliabiliteettia voidaan arvioida kolmesta eri näkökulmasta: mittarin sisäinen johdonmukaisuus, pysyvyys ja vastaavuus. Mittarin sisäinen johdonmukaisuus tarkoittaa, että jokainen muuttuja mittaa samaa. Mittarin pysyvyys tarkoittaa, että mittari tuottaa saman tuloksen eri mittauskerroilla. Mittarin vastaavuus tarkoittaa kahden eri mittajaan saamaa samaa mittaustulosta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 156–157.)

Tutkimuksen eettisyys on koko opinnäytetyön ydin. Opinnäytetyössämme eettisyys tulee esille jokaisessa tutkimuksen vaiheessa. Esimerkiksi olemme aidosti kiinnostuneita uuden tiedon hankkimisesta, toimintamme on rehellistä jokaisessa tutkimusvaiheessa ja kunnioitamme ihmisarvoa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.) Eettisyyden pyrimme varmistamaan siten, ettemme plagioi tekstiä ja teemme lähdemerkinnät oikein. Tuloksista saadaan luotettavia suurella otannalla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 26.) Kyselylomakkeen mukana lähetimme saatekirjeen (Liite 2), jossa kerroimme opinnäytetyöstämme ja lomakkeen täyttämisestä. Tavoitteenamme oli vähintään 50 % - vastausprosentti, ja jos vastausprosentti olisi ollut alle 35 %, olisimme tehneet uusintakyselyn. Mittaria on käytetty jo aikaisemmassa tutkimuksessa ja tulokset ovat olleet luotettavia, joten esitestausta ei tarvittu.

Tulosten vääristymää voi aiheuttaa se, että työntekijät joutuivat päättämään ketkä pystyisivät vastaamaan kyselyyn. Vääristymää voi myös aiheuttaa ikääntyvien opittu vähään tyytyminen ja arvostelun välttäminen. Toisaalta näinkin suurella otannalla olisi tullut esille hajontaa, jos kotihoidossa olisi suuria ongelmia. Opinnäytetyön kyselylomakkeessa oli useita kysymyksiä ja vastausvaihtoehtoja, mutta tästä huolimatta asiakkaat jaksoivat vastata hyvin kyselyyn. Vain muutamassa vastauslomakkeessa oli jätetty johonkin kysymykseen vastaamatta.

7.2 Tulosten tarkastelu

Kyselyssä selvitimme toteutuvatko hyvän kotihoidon tavoitteet ja toimintaperiaatteet. Tarkoituksena oli myös saada tietoa siitä, kuinka tyytyväisiä lisälmen kotihoidon yli 65-vuotiaat asiakkaat ovat kotihoidon tarjoamiin palveluihin ja kuinka asiakaslähtöistä kotihoito on. Vastaajat olivat pääsääntöisesti yli 70-vuotiaita ja olivat säännöllisen kotihoidon piirissä. Reilusti yli puolet vastanneista oli yksinasuvia naisia ja he edustivat hyvin kokonaisjoukkoa. Opinnäytetyssä selvitettiin ikääntyvän mielipidettä kotihoidon palveluista ja selvitimme, kuinka asiakaslähtöistä kotihoito on. Lisäksi selvitimme asiakkaiden mielipidettä kotona selviytymisestä.

Asiakastyytyväisyyskyselyn tulosten perusteella voidaan sanoa, että lisälmen kotihoidon palveluihin ollaan tyytyväisiä. Lähes kaikki vastaajista olivat tyytyväisiä kotihoidon palveluihin. Yleisarvosanan keskiarvoksi saimme 8,5. Heinolan (2007, 30) mukaan ikääntyvät arvioivat tyytyväisyyttä kotihoitoon vertailemalla palveluita omiin odotuksiinsa. Heinolan mukaan negatiivisen palautteen antaminen kertoo, ettei palvelu ollut odotuksia vastaavaa. Asiakastyytyväisyyskyselyssä ei ilmennyt merkittäviä negatiivisia tuloksia. Negatiivisen palautteen antamisen niukkuuteen voi vaikuttaa ulkopuolinen tutkija, jolle ei haluta kertoa omia kokemuksia saamastaan palvelusta. Ikääntyvät eivät ole kovin aktiivisia arvioimaan omaa hoitoaan. (Voutilainen ym. 2006, 38–41.)

Tämän opinnäytetyön lähtökohtana oli Tepposen (2009, 166) luoma ikäihmisen hyvän kotihoidon malli. Tepponen käsittelee väitöskirjassaan hyvän kotihoidon malliaan ikäihmisen ja palvelurakenteen kannalta, mutta meidän opinnäytetyössämme käsittelemme asiaa pelkästään ikäihmisen näkökulmasta. Tepposen mukaan hyvän kotihoidon tavoitteet ovat kotona asuminen mahdollisimman pitkään, hyvä elämälaatu, tyytyväisyys elämään, hyvinvoinnin ja toimintakyvyn ylläpito ja hyvin koettu terveydentila. Hyvän kotihoidon toimintaperiaatteet ovat Tepposen mukaan asiakas- ja tarvelähtöisyys, riittävyys, itsemäärääminen, itsenäisyys, osallisuus ja osallistuminen sekä voimavaralähtöisyys.

Mielestämme Tepposen (2009) laatimat hyvän kotihoidon tavoitteet toteutuvat lisälmen kotihoidossa. Korkea keski-ikä kertoo, että kotona on mahdollista asua pitkään. Asiakkaat kokevat terveydentilansa suurimmalta osin tyydyttäväksi tai melko hyväksi, toisaalta sairaudet vaikuttavat siihen, että vain 2 % ilmoitti terveydentilansa

erittäin hyväksi. Kyselyyn osallistuneet kotihoidon asiakkaat tarvitsevat apua suurimmaksi osaksi vain peseytymisessä, ulkoilussa ja raskaissa taloustöissä. Myös Tepposen luomat hyvän kotihoidon toimintaperiaatteet toteutuvat lisalmen kotihoidossa. lisalmen kotihoito on asiakas- ja tarvelähtöistä ja asiakas saa itse vaikuttaa palveluihin, joita hän saa kotiinsa. lisalmen kotihoito on voimavaralähtöistä, sillä kotihoidon työntekijät auttavat niissä asioissa, missä asiakas ei itse selviydy. lisalmen kotihoidossa tehdään hoito- tai palvelusuunnitelma, jossa selvitetään palveluiden tarve asiakaslähtöisesti yhdessä asiakkaan kanssa.

Luoman ja Kattaisen (2007, 18–19) mukaan kotihoidon yleisimmät syyt ovat sairauden tutkimus tai hoito, dementoivat sairaudet, psyykkiset ja fyysiset syyt. Kotihoidossa asiakasrakennetta kuvaa se, kuinka usein kuukaudessa asiakkaan luona käydään. Luoma ja Kattainen ovat määritelleet suuren avun tarpeen, joka on 41 käyntiä kuukaudessa. Kotisairaanhoidoa saavista asiakkaista 26,8 % luona käydään yli 40 kertaa kuukaudessa sekä 42,4 % luona käydään alle yhdeksän kertaa kuukaudessa. Opinnäytetyömme kyselyyn vastanneista melkein puolet ilmoitti, että heidän luonaan käydään 1–2 kertaa vuorokaudessa ja 32 % ilmoitti, että heidän luonaan käydään 2–3 kertaa viikossa. Luoman ja Kattaisen (2007) mukaan säännöllisen kotihoidon asiakkaista on 8,3 % täysin tai lähes omatoimisia, 16,5 % tarvitsee ajoittaista hoitoa ja 48,7 % tarvitsee palveluja toistuvasti. lisalmen säännöllisen kotihoidon piirissä olevia asiakkaita autetaan lääkkeiden jakamisessa, lääkkeiden ottamisessa ja hoitotoimenpiteissä. Opinnäytetyömme tuloksia voidaan verrata Luoman ja Kattaisen (2007) ilmoittamiin yleisimpiin kotihoidon syihin. Asiakkaat toivovat saavansa kotihoidon palvelua asioissa, joihin heidän omat voimavaransa eivät enää riitä, kuten esimerkiksi raskaissa taloustöissä. Ronkainen ym. (2002, 101) toteavat kotihoidon työntekijöiden auttavan ikääntyneitä sellaisissa päivittäisissä toiminnoissa, joihin asiakkaan omat voimavarat eivät enää riitä.

Ikääntyneet pitävät erittäin tärkeänä sitä, että heidän luonaan käyvät samat tutut työntekijät ja he saavat tarvittaessa hyvin yhteyden työntekijöihin (Voutilainen ym. 2006, 38–39). Lähes puolet asiakkaista koki tärkeäksi, että heidän luonaan käyvät samat työntekijät. Suurin osa piti tärkeänä, että he saavat yhteyden tarvittaessa kotihoidon työntekijöihin. Niemelä (2006, 209–210) on tutkinut kiirettä kotipalvelutyössä. Kiirettä lisäävät kotona asuvat iäkkäät, jotka tarvitsevat entistä enemmän hoidollisia palveluita kuten haavanhoitoa. Asiakkaiden mielestä lisalmen kotihoidon työntekijöillä on aikaa hoitaa sovitut tehtävät ilman kiirettä.

Elorannan (2009, 36–40) mukaan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon eli kotihoidon yhdistämisellä edistetään asiakkaan ja hoitohenkilökunnan välistä yhteistyötä. Tutkimuksen mukaan yhdistäminen tarkoittaa ennakoivaa ja sairauksia ehkäisevää kotihoitoa. Yhdistämisen tarkoituksena on poistaa palvelujen päällekkäisyyksiä ja aukkoja sekä selkeyttää johtamista ja kotihoidon laatua (Tepponen 2009, 17). Opin- näytetyön kyselyn perusteella voidaan sanoa, että lisälmen kotihoito on ennakoivaa ja sairauksia ehkäisevää kotihoitoa.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812 säätelee, että toistuvia tai säännöllisiä palveluja saavalle on tehtävä hoito-, palvelu- tai kuntoutussuunnitelma. Hoito-, palvelu- tai kuntoutussuunnitelma tukee ja edistää asiakaslähtöistä hoitoa. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812.) Elorannan ja Punkaisen (2008) mukaan hyvässä hoito- tai palvelusuunnitelmassa on otettu huomioon asiakkaan tarpeet ja toiveet. Hoito- ja palvelusuunnitelma on yksilöllisesti suunniteltu asiakkaan voimavarat huomioon ottaen. Enemmistö asiakkaista vastasi, että heidän kanssaan on tehty hoito- tai palvelusuunnitelma ja heidän kanssaan on suunniteltu, mitä palveluita he saavat kotiinsa. Lähes puolet asiakkaista koki erittäin tärkeäksi sitä, että heidän kanssaan sovitaan siitä, mitä palveluita he saavat kotihoidon työntekijöiltä. Omaan hoitoon osallistuminen edistää asiakaslähtöistä toimintaa (Niemi 2006, 86–87). Tepponen (2009, 169) tiivistää, että kotihoidossa itsemäärääminen, osallistuminen ja voimavaralähtöisyys liittyvät toisiinsa ja yhdessä ne määrittävät palvelujen tarpeen.

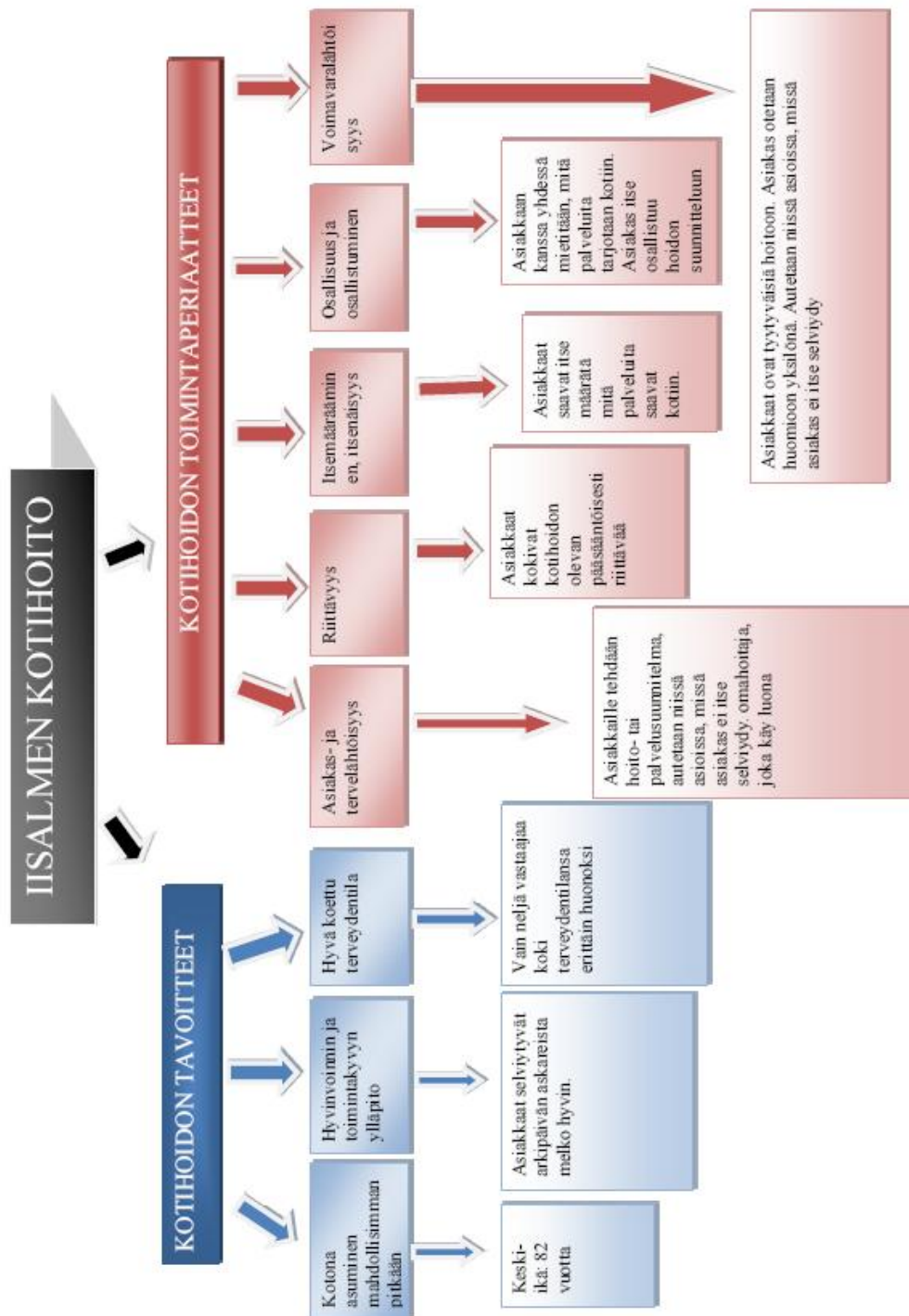
län myötä fyysinen toimintakyky heikkenee, mikä vaarantaa potilasturvallisuutta. Fyysisen toimintakyvyn heikentyessä joudutaan turvautumaan erilaisiin apuvälineisiin ja asunnon muutostöihin. (Kivelä 2001, 69.) Tavoitteena on, että asiakas itse osallistuu potilasturvallisuuden parantamiseen, turvallisuusriskit ennakoidaan, vaaratapahtumat raportoidaan ja niistä opitaan (Snellman 2009, 31–32). Vähemmistö asiakkaista ilmoitti, että heidän asuntoonsa on tehty muutoksia turvallisuuden parantamiseksi. Tämä saattaa johtua vastaajien hyvästä fyysisestä terveydestä.

lisalmen kaupungin vanhuspoliittinen strategia vuosille 2004–2010 korostaa laadukasta palvelua eri hoitomuodoissa. lisalmessa on kehitetty hoidonporrastusta ja laitospaikkoja vähennetty. (Oikea hoidon porrastus ja palvelurakenteen kehittäminen 2010.) Tämän opinnäytetyön tuloksien mukaan vanhuspalveluja on kehitetty oikeaan suuntaan ja asiakkaiden tarpeisiin pystytään vastamaan. Kotihoidon tehtäväalueita on rajattu ja joitakin karsittu pois, mutta tuloksien mukaan tämä ei näy vaikuttavan asiakkaiden tyytyväisyyteen. Yksityiset palveluntarjoajat pystyvät ilmeisesti vastaamaan palveluihin, jotka on rajattu pois kotihoidosta. Myös omaisilla on merkittävä osuus vanhustenhuollossa. Kyselymme tulokset ovat samankaltaisia kuin Saastamoisen ja Siposen (2004) tekemässä asiakastyytyväisyyskyselyssä. Molemmissa opinnäytöissä saatiin selville, että asiakkaat olivat tyytyväisiä lisalmen kotihoitoon.

7.3 Asiakastyytyväisyyskyselyn yhteenveto

Kuvioon 21 on tehty tiivistelmä asiakastyytyväisyyskyselystä. Tepponen (2009,166) on luonut ikäihmisten hyvän kotihoidon mallin, jossa määritellään kotihoidon tavoitteet ja toimintaperiaatteet. Tepposen mallia soveltaen olemme kuvioon 21 koonneet asiakkaan näkökulmasta tavoitteet ja toimintaperiaatteet, jotka tulivat esille kyselystä. Kyselyyn vastanneiden korkea keski-ikä kertoo siitä, että kotona voidaan asua mahdollisimman pitkään. Hyvinvoinnin ja toimintakyvyn ylläpitämistä korostaa asiakkaiden selviytyminen melkein jokaisesta kodin askareesta. Peseytymisessä, ulkoilussa ja raskaissa taloustöissä tarvittiin apua. Kyselyyn vastanneista vain neljä ilmoitti terveydentilansa erittäin huonoksi. Vastanneista 34 % ilmoitti terveydentilansa melko hyväksi.

Kyselyn perusteella voidaan sanoa, että lisälmen kotihoito on asiakas- ja tarvelähtöistä. Asiakkaille tehdään hoito- tai palvelusuunnitelma, joka edistää asiakaslähtöistä toimintaa. Asiakkaat tarpeet otetaan huomioon, kotihoidon työntekijät auttavat vain niissä askareissa, joista asiakas ei itse selviydy. Lisälmen kotihoidossa toteutuu omahoitajuus. Tuloksien mukaan lisälmen kotihoito on riittävää, koska asiakkaat ilmoittivat saavansa riittävästi kotihoidon palveluita. Lisälmen kotihoidossa asiakas saa itse osallistua hoidon suunnitteluun ja toteutumiseen. Asiakkaan kanssa päätetään yhdessä siitä, mitä palveluita hän saa kotiinsa.



KUVIO 21. Asiakastyytyväisyyskyselyn yhteenveto. Mukailtu Tepposen (2009, 166) mallin pohjalta Iisalmen kotihoitoa varten

7.4 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön ideointi aloitettiin keväällä 2009. Valitsimme aiheen Savonia-ammattikorkeakoulun Moodle – opetusympäristön ideapankista. Meitä kiinnosti tehdä asiakastytytyväisyyskysely, koska koemme, että asiakas on hoitotyön lähtökohtana. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä tarjosi mahdollisuuden tehdä asiakastytytyväisyyskyselyä kotihoidon asiakkaille.

Suuren kotihoidon asiakkaiden määrän vuoksi valitsimme yhdessä toimeksiantajan kanssa kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen. Ikäryhmäksi valittiin tähän tutkimukseen yli 65-vuotiaat. Kirjoitimme alustavan teoriaviitekehyksen keväällä 2010, jota parannettiin syksyllä 2010. Kotihoito oli meille aiheena mielenkiintoinen, mutta vieras. Opintojen aikana olemme saaneet tietoa kotihoidosta, mutta meiltä puuttui kotihoidon kokonaisuuden ymmärtäminen, joten syvennymme teorian tiedon etsimiseen. Tutkittua tietoa löytyi runsaasti, mutta lähteinä käytimme vain ajantasaisia lähteitä. Teorian tiedon etsimisessä huomasimme, että kotihoidon palvelut ovat pirstaleisia ja kotihoidon palvelut vaihtelevat suuresti eri kunnissa.

Tämä opinnäytetyö on meille ensimmäinen ja olemme kokeneet sen tekemisen haastavaksi ja aikaavieväksi. Haastavinta oli aiheen rajaaminen sekä tutkimusongelmien määrittäminen. Opinnäytetyöprosessin aikana meille selvisi, mitä olemme oikeastaan tekemässä. Opinnäytetyön aikana huomasimme, kuinka kovan ja vaativan elämän eläneet ikääntyvät ovat vähään tyytyväisiä. Opinnäytetyön eri vaiheissa mietimme, olemmeko pysyneet aiheessa. Opinnäytetyön prosessin aikana opimme paljon määrällisen tutkimuksen teosta ja tulosten analysoimisesta. Tämän opinnäytetyön aikana olemme ymmärtäneet, kuinka teorian tietoa voidaan soveltaa käytännön hoitotyöhön. Tulevaisuudessa osaamme lukea uusimpia tutkimustuloksia ja hyödyntää niitä käytännössä.

Tiedonhakutaidot ja lähdekriittisyys ovat kehittyneet opinnäytetyön tekemisen myötä. Olemme kiinnostuneet tulevana sairaanhoitajina kehittämään ja arvioimaan hoitotyötä. Uskomme myös, että saamme olla mukana monissa kehittämistehtävissä tulevaisuudessa sairaanhoitajina.

Opinnäytetyön tekeminen on kestänyt ajallisesti kauan ja se on ollut sekä haastavaa että palkitsevaa. Haasteita loi yhteisen ajan löytäminen, mutta tiiviillä yhteistyöllä löysimme sopivia ajankohtia. Yhteistyö toimeksiantajan yhteyshenkilön eli Hanna Jokisen kanssa sujui onnistuneesti ja joustavasti. Ohjaavilta opettajilta olemme saaneet tarvittavaa ohjeistusta ja opastusta aina, kun olemme sitä tarvinneet.

7.5 Opinnäytetyön käytettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön tulokset tulevat lisälmen ja Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän kotihoidon käyttöön. Tuloksia voidaan hyödyntää kotihoidon kehittämisessä. Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista selvittää omaisten ja työntekijöiden mielipiteitä kotihoidon järjestämisestä. Opinnäytetyön aikana meille selvisi kuinka itsenäistä työtä kotihoito on. Tästä meille nousi jatkotutkimusaiheeksi työntekijöiden jaksaminen ja työhyvinvointi. Mielestämme olisi tärkeää, että asiakkaiden mielipiteitä kysyttäisiin säännöllisesti, jotta palvelu säilyisi laadukkaana.

LÄHTEET

Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuus strategia 2009 – 2013. 2009. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 17.3.2010].

Saatavissa:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf

Eloranta, S. 2009. Supporting older people's independent living at home through social and health Care collaboration. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos, Turku.

Väitöskirja.

Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hagerlund, T. 2009. FCG Oy: RAVA-järjestelmä - Vanhuspalvelut toimiviksi ja tekokkaiksi [viitattu 27.5.2010]. Saatavissa:

http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;145;44264;38949;37581

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy.

Heikkinen, K. 2007. Potilasohjauksen tuloksellisuus. Turun yliopisto: Turku, Lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos [viitattu 17.3.2010]. Saatavissa:

<http://www.med.utu.fi/hoitotiede/tutkimus/tutkimusprojektit/potilasohjaus.html>

Heinola, R. 2007. Asiakas arvioinnin keskiössä. Teoksessa Heinola, R. (toim.). Asiakaslähtöinen kotihoito. Vaajakoski: Gummerus, 30–33.

Heinola, R. 2007. Kotihoito muutoksessa. Teoksessa Heinola, R. (toim.). Asiakaslähtöinen kotihoito. Vaajakoski: Gummerus, 9–11.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Huttunen, T. & Marjoniemi S. 2006. Iisalmen kaupungin vanhustenhuollon hoidonporrastuksen kriteerit. Iisalmi. Raportti.

Hyttinen, H. 2008. Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.). Gerontologinen hoitotyö. Porvoo: WSOY, 42–55.

Itkonen, T., Kiviharju-Rissanen, U., Tolkki, P. & Valvanne, J. 2002. Kodin hoitoa vai hoitoa kotona? Kotihoidon asiakaskysely vuonna 2001. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskus.

Jokinen, H. 2010. Kotihoidon esimies. Palaveri 24.5.2010. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä: Iisalmi.

Jääskeläinen, A. 2005. Pakotteet ja vanhuksen itsemääräämisoikeus. Teoksessa Kankare, H. & Lintula, H (toim.). Vanhuksen äänen kuuleminen. Vantaa: Tammi, 145–155.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro OY.

Kansanterveyslaki. N:o 66/1972. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 19.11.2009].

Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1972/19720066?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Kansanterveyslaki>

Kivelä, S. -L. 2001. Iäkkäiden palveluiden tarpeeseen ja käytäntöön vaikuttavat tekijät. Teoksessa Routasalo, P. & Suhonen, H. (toim.). ”Kyllä minä tiedän, mitä minä haluan!” Ikäihminen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen viidakossa. Turun Yliopisto, Hoitotieteen laitos, Turku. Tutkimuksia ja raportteja. Turku: Digipaino. 65–72.

Koivunen, E. 2008. Potilasturvallisuus ikääntyneiden hoitotyössä. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.). Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 279–292.

Koskela, H. & Salanterä, S. 2008. Näytelmän käyttö potilaskeskeisen ohjauksen oppimisessa. Teoksessa Montin, L. (toim.). Potilasohjauksen lähtökohdat. Turun yliopisto: Hoitotieteen laitos. Hoitotieteen laitoksen julkaisu, 6–18.

Kotihoito tukee kotona selviytymistä. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. [viitattu 28.5.2010]. Saatavissa:

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto: Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos, Oulu. Väitöskirja.

Kääriäinen, M. & Kaakinen, P. 2008. Potilasohjauksen rakenteinen kirjaaminen. Sairaanhoitaja 2008/1, 13–15.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus- tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitaja 2006/10, 6–7,9.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista N:o 1992/785. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 27.5.2010]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista N:o 2000/812. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 26.3.2010]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista N:o 1992/734. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 19.11.2009]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920734?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=palveluseteli>

Leskinen, K. & Ahtonen, K. 2010. Kotihoito. Iisalmen kotihoidon tiivistelmä. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä, Iisalmi.

Lukkaroinen, R. 2002. Vastuunjaon malli vanhusten kotona asumisen mahdollistamiseksi. Yli 75-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden asumismuodot sekä palvelurakennemallien kustannukset ja toiminnallinen sisältö. Oulun Yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen ja terveystieteiden laitos, Oulu. Väitöskirja.

Luoma, M. -L. & Kattainen, E. 2007. Kotihoidon asiakkaat. Teoksessa Heinola, R. (toim.). Asiakaslähtöinen kotihoito. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy, 18–21.

Niemelä, A.-L. 2006. Kiire ja työn muutos. Tapaustutkimus kotipalvelutyöstä. Helsingin Yliopisto, Käyttäytymistieteellinen tiedekunta, Aikuiskasvatustiede, Helsinki. Väitöskirja.

Niemelä, A.-L. & Iso-Aho, M. 2009. Muistisairauksien hoito–kotihoidon uusi haaste. Teoksessa Engeström, Y., Niemelä, A.-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. (toim.). Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Juva: WS Bookwell Oy, 165–199.

Niemi, A. 2006. Asiakslähtöisyys sosiaali- ja terveystaloudessa. Yksityisen ja julkisen kotihoidon työntekijöiden käsityksiä asiakslähtöisyydestä. Kuopion Yliopisto, Terveystaloudetiede, Terveystalouden ja –talouden laitos, Kuopio. Pro gradu.

Oikea hoidon porrastus ja palvelurakenteen kehittäminen. 2010. Iisalmen kaupungin vanhuspoliittinen strategia vuosille 2004–2010 [viitattu 21.10.2010]. Saatavissa: http://www.iisalmi.fi/Suomeksi/Sosiaali_ja_Terveys/Vanhuspalvelut/Vanhuspoliittinen_strategia_2004-2010/1.Vanhuspoliittinen_strategia/1.5._Oikea_hoidon_porrastus_ja_palvelurakenteen_kehittaminen.iw3

Pahlman, I. 2003. Potilaan itsemääräämisoikeus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ronkainen, R., Ahonen, S., Backman, K. & Paasivaara, L. 2002. Hoito ja palvelu kotona. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, U.H. (toim.). Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy, 100–105.

Saarenpää, A. 2002. Potilas-oikeus-potilasoikeus. Teoksessa Sundman, E. (toim.). Potilaan asema ja oikeudet. Tampere: Tammer paino Oy, 29–32.

Saastamoinen, M. & Siponen, S. 2004. Ikäihmisten asiakastytyväisyys kotihoitoon lisäalassa. Savonia- ammattikorkeakoulu, Sosiaali-, terveysala, lisäalä. Opinnäytetyö.

Snellman, E. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa 2009. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.). Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen graafiset palvelut Oy, 29–41.

Sorsa, M. 2002. Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tampereen Yliopisto, Hoitotieteen laitos, Tampere. Pro gradu.

Sosiaalihoitolaki. N:o 1982/710. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 19.11.2009].

Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1982/19820710?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sosiaalihoitolaki>

Sotilasvammalaki 28.5.1948/404. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 26.3.2010].

Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1948/19480404?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sotilasvammalaki>

Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion Yliopisto: Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, terveyshallintotiede, Kuopio. Väitöskirja.

Terveydenhoitolaki. 2010. [Viitattu 15.1.2010]. Saatavissa: <http://www.stm.fi/552>

Terveydenhoitolaki parantaa asiakkaiden asemaa. 2010 [viitattu 11.10.2010].

Saatavissa: <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1512997#fi>

Turvallisesti omassa kodissa. 2010. [viitattu 1.4.2010]. Saatavissa:

http://www.esperi.fi/index.php?node_id=16415

Uotinen, S. 2009. Palveluseteli. Helsinki: Gummerus.

Vanhustenhuolto. 2010. Iisalmen kaupungin vanhuspoliittinen strategia vuosille 2004–2010 [viitattu 9.11.2010]. Saatavissa:

<http://www.iisalmi.fi/?DeptID=25532#tukipalvelut>

Varis, U., Kankkunen, P. & Suominen, T. 2007. Ovatko aikuiset potilaat tyytyväisiä psykiatriseen sairaalahoitoon? Sairaanhoitaja 80 (2), 34–36.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi.

Voutilainen, P., Vaarama, M. & Peiponen, A. 2006. Asiakslähtöisyys. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L. & Ylikoski, T. (toim.). 2006. Unohtuiko asiakas? Keuruu: KY-Palvelu Oy. 38–39.

Väestörakenne 2004. Iisalmen kaupungin vanhuspoliittinen strategia vuosille 2004–2010 [viitattu 15.1.2010]. Saatavissa: <http://www.iisalmi.fi/?deptid=12215>

Yksityisen sektorin kotipalvelut 2002 [viitattu 20.2.2010] Oulun yliopisto. Saatavissa: <http://herkules oulu.fi/isbn9514268334/html/x179.html>

Železnik, D. 2007. Self-care of the home-dwelling elderly people living in Slovenia. University of Oulu: Faculty of medicine, Department of nursing science and health administration; University of Maribor, faculty of health sciences, Oulu. Academic dissertation.

KOTIHOIDON ASIAKASKYSELY 2010

Pyydämme teitä vastaamaan seuraaviin kysymyksiin kokemustenne perusteella.

Olkaa hyvä ja ympäröikää mielestänne sopivimman vaihtoehdon numero. Joissakin kysymyksissä voi ympyröidä useampia vaihtoehtoja.

Esimerkiksi näin:

Sukupuolenne

- ①. Nainen
- 2. Mies

Ikänne

76

Laittakaa täytetty kyselylomake tyhjään kirjekuoreen (tuli kyselyn mukana) ja antakaa suljettu kirjekuori kotihoidon työntekijälle. Kirjekuorta ei tarvitse viedä postiin.

Kysymme aluksi kuinka suoriudutte arkipäivän asioista ja miten elämänne kotona sujuu

1. Mistä asioista suoriudutte itse, vaikka se veisi aikaa?

Ympyröikää kaikki ne kohdat, joista suoriudutte itse.

1. Ruokailu
2. Vuoteesta nousu, vuoteeseen meno
3. Pukeutuminen, riisuuntuminen
4. Peseytyminen
5. Sisällä liikkuminen
6. Ulkoilu
7. Wc:ssä käynti
8. Kevyet taloustyöt (esim. tiskaus)
9. Raskaat taloustyöt (esim. imurointi)
10. Ruoan valmistus
11. Ruokaostoksien teko
12. Lääkkeiden otto
13. Asiointi kodin ulkopuolella (esim. pankissa)
14. En suoriudu mistään edellä mainituista asioista itse

2. Ketkä muut henkilöt (kaikki) auttavat teitä säännöllisesti kotihoidon työntekijöiden lisäksi? Voitte ympyröidä useamman kohdan

1. Puoliso
2. Lapset
3. Muu omainen
4. Ystävä
5. Naapuri
6. Seurakunnan työntekijä
7. Yksityisen yrityksen työntekijä
8. Järjestön vapaaehtoistyöntekijä
9. Muu, kuka _____
10. En saa säännöllistä apua muilta kuin kotihoidon työntekijöiltä

3. Tunnetteko olonne kotona turvalliseksi?

1. En koskaan
2. Hyvin harvoin
3. Joskus
4. Usein
5. Aina

4. Mistä syystä tunnette itsenne turvattomaksi? Voitte ympyröidä useamman kohdan

1. Huono kunto (esim. sairauden tai huonon liikkumisen vuoksi)
2. Yksinäisyys
3. Pelko, ettei saa apua sairastuessa
4. Yksin asuminen
5. Asuinalueen levottomuus
6. Huono näkö, kuulo, puhekyky
7. Muu syy, mikä _____
8. En tunne itseäni turvattomaksi

5. Onko asuntoon tehty muutoksia turvallisuuden parantamiseksi (Esim. asennettu kahvoja tai poistettu kynnyksiä)

1. Kyllä
2. Ei

Seuraavaksi kysymme mielipiteitänne kotihoidosta saamistanne palveluista, joilla tarkoitamme sekä koti-palvelun että kotisairaanhoidon antamaa apua

6. Missä asioissa kotihoidon työntekijät auttavat teitä?
Ympyröikää kaikki **ne** kohdat, joissa kotihoidon työn-
tekijät auttavat

1. Ruokailu
2. Vuoteesta nousu, vuoteeseen meno
3. Pukeutuminen, riisuuntuminen
4. Peseytyminen
5. Sisällä liikkuminen
6. Ulkoilu
7. Wc:ssä käynti
8. Kevyet taloustyöt (esim. tiskaus)
9. Raskaat taloustyöt (esim. siivous)
10. Ruoan valmistus
11. Ruokaostoksien teko
12. Lääkkeiden jako dosettiin
13. Lääkkeiden otto
14. Asioiden hoito (esim. työntekijä käy apteekissa)
15. Asioiminen yhdessä (esim. ostoksilla käynti)
16. Hoitotoimenpiteet (esim. haavanhoito)
17. Joku muu, mikä _____

7. Onko kanssanne tehty hoito- tai palvelusuunnitelmaa?

1. Kyllä
2. Ei

8. Oletteko suunnitelleet kotihoidon työntekijöiden kanssa yhdessä mitä palveluita saatte kotiin?

1. Kyllä
2. En

9. Mistä seuraavista asioista toivoisitte saavanne enemmän apua? Voitte ympyröidä useamman kohdan.

1. Ruokailu
2. Vuoteesta nousu, vuoteeseen meno
3. Pukeutuminen, riisuuntuminen
4. Peseytyminen
5. Sisällä liikkuminen
6. Ulkoilu
7. Wc:ssä käynti
8. Kevyet taloustyöt (esim. tiskaus)
9. Raskaat taloustyöt (esim. imurointi)
10. Ruoan valmistus
11. Ruokaostoksien teko
12. Lääkkeiden jako dosettiin
13. Lääkkeiden otto
14. Asioiden hoito (esim. työntekijä käy apteekissa)
15. Asioiminen yhdessä (esim. ostoksilla käynti)
16. Hoitotoimenpiteet (esim. haavanhoito)
17. Joku muu, mikä _____
18. En tarvitse lisää apua

10. Oletteko saaneet riittävästi tietoa palveluista, joita järjestetään kotiin?

1. Kyllä
2. En

Seuraavat kysymykset koskevat mielipiteitänne kotihoidon palveluista

11. Onko teillä kotihoidon omahoitaja, joka käy luonanne?

1. Kyllä
2. Ei

12. Käyvätkö luonanne samat tutut kotihoidon työntekijät?

1. Ei koskaan
2. Hyvin harvoin
3. Joskus
4. Usein
5. Aina

13. Saatteko hyvin yhteyden kotihoidon työntekijöihin, jos tarvitsette?

1. Ei koskaan
2. Hyvin harvoin
3. Joskus
4. Usein
5. Aina

14. Onko kanssanne sovittu kotihoidon käyntipäivän lisäksi myös kellonajasta tunnin tarkkuudella? (esim. maanantaina klo 8-9 aikaan)

1. Kyllä
2. Ei
3. Osan työntekijöiden kanssa on sovittu, osan ei

15. Saapuvatko kotihoidon työntekijät silloin, kun on sovittu
1. Ei koskaan
 2. Hyvin harvoin
 3. Joskus
 4. Usein
 5. Aina
16. Koetteko saavanne hyvää kotihoidon palvelua?
1. Ei koskaan
 2. Hyvin harvoin
 3. Joskus
 4. Usein
 5. Aina
17. Tekevätkö kotihoidon työntekijät sovitut tehtävät?
1. Ei koskaan
 2. Hyvin harvoin
 3. Joskus
 4. Usein
 5. Aina
18. Onko kotihoidon työntekijöillä aikaa hoitaa sovitut tehtävä ilman kiirettä?
1. Kyllä
 2. Ei

19. Minkä **yleisarvosanan** annatte saamastanne koti-
tuhoidosta? Ympyröikää **yksi** numero

4= Ala-arvoinen

5= Heikko

6= Välttävä

7= Tyydyttävä

8= Hyvä

9= Kiitettävä

10= Erinomainen

20. Kuinka tärkeänä pidätte seuraavia asioita koti-
hoidossa? Ympyröikää joka riviltä yksi vaihtoehto

	Ei lain- kaan tärkeä	Ei ko- vin tärkeä	Jok- seenkin tärkeä	Melko tärkeä	Erit- tän tärkeä
Voin suunnitella työnteki- jöiden kanssa mitä palve- lua saan kotiini	1	2	3	4	5
Kanssani sovitaan mitä palveluita saan työnteki- jöiltä	1	2	3	4	5
Minulla on oma omahoita- ja, joka käy luonani	1	2	3	4	5
Luonani käyvät samat tu- tut työntekijät	1	2	3	4	5
Saan tarvittaessa hyvin yh- teyden työntekijöihin	1	2	3	4	5
Kanssani sovitaan koti- hoidon käynnistä tunnin tarkkuudella	1	2	3	4	5
Työntekijät tulevat sovit- tuna aikana	1	2	3	4	5

Lopuksi kysymme taustatietoja

Ikänne _____ vuotta

Sukupuolenne

1. Nainen

2. Mies

Siviilisäätyenne

1. Avioliitossa

2. Naimaton

3. Leski

4. Eronnut

Millaiseksi kuvailisitte terveydentilaanne

1. Erittäin huono

2. Tyydyttävä

3. Melko hyvä

4. Erittäin hyvä

Kuinka asutte?

1. Yksin

2. Puolison kanssa

3. Lapsen kanssa

4. Muun omaisen kanssa

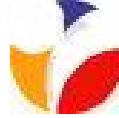
5. Muun henkilön kanssa

Kuinka usein kotihoidon työntekijät käyvät luonanne?

1. Harvemmin kuin kerran viikossa
2. Kerran viikossa
3. 1-2 kertaa vuorokaudessa
4. 3 tai useamman kerran vuorokaudessa

Kiitos arvokkaasta avustanne kotihoidon kehittämiseen!

SAATEKIRJE

Ylä-Savon SOTE
KUNTAYHTYMÄSavonia
ammattikorkeakoulu

Hyvä kotihoidon asiakas

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä ja Savonia – ammattikorkeakoulu lisälmen yksikkö toteuttavat yhdessä kyselytutkimuksen. Tutkimuksessa selvitetään lisälmen kotihoidon asiakkaiden tyytyväisyyttä saamiinsa palveluihin. Kyselyssä selvitetään myös kuinka asiakaslähtöisiä kotihoidon palvelut ovat. Kyselytutkimus on samalla sairaanhoitajaopiskelijoiden opinnäytetyö.

Teidät on valittu yhdeksi vastaajaksi. Kysymykset ovat pääasiassa vaihtoehtokysymyksiä. Kyselylomake tuodaan teille kotihoidon työntekijöiden mukana syyskuun alussa 2010.

Tärkeää tutkimuksen kannalta on, että vastaatte rehellisesti ja oman mielipiteenne mukaan. Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, kenenkään henkilöllisyyttä ei pystytä tunnistamaan.

Toivomme teidän auttavan ikääntyvien kotihoidon palveluiden kehittämisessä vastaamalla kyselyyn.

Jos teillä on kyselytutkimuksesta kysyttävää, voitte olla meihin yhteydessä.

Jenni Rönkkö
Sairaanhoitajaopiskelija
puh. 044 594 8012

Laura Suoaro
Sairaanhoitajaopiskelija
puh. 040 577 5211

TUTKIMUSLUPA

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä

Viranhaltijapäätös

Päätöspvm.
3.9.2010

Oikaisuvaatimusohjeet

Oikaisuvaatimusoikeus	Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen.
-----------------------	--

Oikaisuvaatimusviranomaisen	Viranomaisen, jolle oikaisuvaatimus tehdään, osoite ja postiosoite Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä Yhtymähallitus PL 4, 74101 Iisalmi
Oikaisuvaatimus-aika ja sen alkaminen	Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäville. Asianosaisten katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erillisen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana.

Pöytäkirjan nähtäväksi asettaminen	Pvm Iisalmen Terveyskeskus 15.9.2010
Tiedoksianto asianosaiselle 1)	<input checked="" type="checkbox"/> Lähetetty tiedoksi kirjeellä (kuntalaki 95 §) Asianosainen Rönkkö Jenni, Suoaro Laura
	Annettu postin kuljetettavaksi, pvm / tiedoksiantaja 15.9.2010 Virpi Kauppinen
	<input type="checkbox"/> Luovutettu asianosaiselle Asianosainen
	Paikka, pvm ja tiedoksiantajan allekirjoitus Vastaanottajan allekirjoitus
	<input type="checkbox"/> Muulla tavoin, miten

Oikaisuvaatimuksen sisältö ja sen toimittaminen	Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä.
Lisätietoja	

Liitetään päätökseen / otteeseen

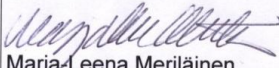
- 1) Täytetään otteeseen, jos päätös annetaan erityistiedoksiantona tiedoksi kuntalain 92 §:n 1 momentissa tarkoitettulle asianosaiselle.
- Tummennettu alue täytetään myös viranomaiselle jäävään kaksoiskappaleeseen.

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä
PL 4/Meijerikatu 2
74101 IisalmiPuhelin
(017) 232 31Kotisivu: www.ylasavonsote.fi
Sähköposti: kirjaamo@ylasavonsote.fi
etunimi.sukunimi@ylasavonsote.fi

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä

Viranhaltijapäätös

Päätöspvm.
3.9.2010

Viranhaltija	sosiaalijohtaja	Pykälä	96/2010
Palveluyksikkö	Sosiaalihuollon palvelut	Dnro	43/2010
Toimielin	Yhtymähallitus	Päätösluokka	13.00.00
Asiaotsikko	Opinnäytetyölupa lisalmen kotihoitoon		
Päätösteksti (sis. mahdollisen valmistelijan esityksen)	Savonia AMK sairaanhoitajaopiskelijat Jenni Rönkkö ja Laura Suoaro anovat tutkimuslupaa opinnäytetyölle, jonka aiheena on lisalmen kotihoitoon yli 65-vuotiaisen asiakastytytyväisyyskysely. Ohjaavana opettajana on Susanne Hämäläinen. LIITE: Hoitotyön tutkimus- ja opinnäytelupa-anomus ja Opinnäytetyösuunnitelma (lisalmen kotihoitoon yli 65-vuotiaiden asiakastytytyväisyyskysely)		
Päätös	Myönnetään tutkimuslupa Savonia AMK sairaanhoitajaopiskelijoille Jenni Rönkkölle ja Laura Suoarolle edellyttäen että salassapitovelvollisuutta noudatetaan. Tutkimuksen aiheena on lisalmen kotihoitoon yli 65 vuotiaiden asiakastytytyväisyyskysely. Yksi kappale tutkimusta luovutetaan maksutta Ylä-Savon SOTE kuntayhtymälle. Työn eri vaiheissa noudatetaan salassapitosäännöksiä.		
Peruste	Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän hallintosääntö § 46		
Nähtävilläolo	lisalmen Terveyskeskus 15.9.2010		
Muutoksenhaku	Oikaisuvaatimus		
Tiedoksi	Hanna Jokinen, Susanne Hämäläinen		
Tiedoksi ltk	Yhtymähallitus		
Saaja	Rönkkö Jenni, Suoaro Laura		
Valmistelija ja yhteystiedot	Marja-Leena Meriläinen puh. 040 830 2600		
Allekirjoitus ja Nimenselvennys	 Marja-Leena Meriläinen sosiaalijohtaja		

www.savonia.fi

